

**AKTIVITA A PARTICIPÁCIA DETÍ SO ZDRAVOTNÝM  
POSTIHNUTÍM V KONTEXTE INTEGROVANÉHO/INKLUZÍVNEHO  
VZDELÁVANIA**

Marian Groma a kolektív



Univerzita Komenského v Bratislave

2019

*Publikácia bola vydaná s finančnou podporou grantu VEGA č. 1/0620/16 Psychologické determinanty aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím vzdelávaných v integrovanom/inkluzívnom prostredí*

**Autorský kolektív:**

© PhDr. Viera Andreánska, CSc.<sup>1</sup>, 2019  
© doc. MUDr. Viacheslav Basaliukov, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© Mgr. Zuzana Brunclíková, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© PhDr. Katarína Cabanová, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© doc. PhDr. Mária Glasová, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© doc. PhDr. Marian Groma, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© Mgr. Silvia Harvanová, PhD.<sup>1</sup>, 2019  
© PhDr. Katarína Jariabková, PhD.<sup>2</sup>, 2019  
© Mgr. Ivana Lessner Lištiaková, PhD., FHEA<sup>3</sup>, 2019  
© Mgr. Xenia–Daniela Poslon<sup>2</sup>, 2019  
© doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.<sup>4</sup>, 2019  
© Mgr. Tímea Tóthová<sup>1</sup>, 2019

<sup>1</sup> Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>2</sup> Ústav výskumu sociálnej komunikácie, Slovenská akadémia vied, Bratislava

<sup>3</sup> Department of Special Educational Needs and Inclusion, Faculty of Health, Education and Society, University of Northampton

<sup>4</sup> Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

**Recenzovali:**

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.  
PhDr. Magdaléna Špotáková, CSc.

Vydala Univerzita Komenského v Bratislave, 2019.

Vydanie prvé.

Náklad 100 ks (CD ROM).

Publikácia neprešla jazykovou úpravou.

**ISBN 978-80-223-4862-1**

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INTEGRÁCIA VERZUS INKLÚZIA, ALEBO OD INTEGRÁCIE K INKLÚZII .....</b>	<b>7</b>
<i>(Viera ANDREÁNSKA, Katarína CABANOVÁ)</i>	
1.1 Skúsenosti zo zahraničia .....	16
1.2 Situácia na Slovensku .....	20
<b>2. MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA FUNKČNEJ SCHOPNOSTI, DIZABILITY A ZDRAVIA V KONTEXTE TEÓRIE, VÝSKUMU A PRAXE INKLUZÍVNEHO VZDELÁVANIA.....</b>	<b>26</b>
<i>(Marian GROMA, Ivana LESSNER LIŠTIAKOVÁ, Tímea TÓTHOVÁ)</i>	
2.1 Teórie dizability .....	28
2.1.1 Medicínsky model dizability .....	28
2.1.2 Sociálny model dizability.....	29
2.1.3 Biopsychosociálny model dizability .....	30
2.2 Teoretické východiská MKF: Bronfenbrennerova teória ekologických systémov .....	32
2.2.1 Od sociálno-ekologickej teórie k bioekologickému modelu ľudského vývinu.....	32
2.2.2 Ekológia inkluzívnej edukácie.....	37
2.3 MKF ako aplikačný nástroj biopsychosociálneho modelu dizability .....	39
2.4 Aplikácia MKF v inkluzívnej edukácii.....	45
2.5 Záver .....	49
<b>3. PSYCHOLOGICKÉ POSUDZOVANIE BARIÉR A FACILITÁTOROV AKTIVITY A PARTICIPÁCIE DETÍ A ADOLESCENTOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V KONTEXTE INKLÚZIE .....</b>	<b>57</b>
<i>(Mária GLASOVÁ, Marian GROMA)</i>	
3.1 Komplexnosť pôsobenia bariér a facilitátorov aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím.....	59
3.2 Vybrané testové a klinické psychologické metódy na posudzovanie aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím.....	68
3.3 Hodnotiace nástroje použité vo výskume aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím.....	76
3.3.1 The Child and Adolescent Scale of Participation (CASP) – Škála participácie pre deti a adolescentov (CASP) .....	76
3.3.2 Dotazník Hodnotenie životných návykov pre deti – Assessment of Life Habits for Children - LIFE-H for Children .....	80
3.3.3 Rozhovor na identifikáciu bariér a facilitátorov aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím v živote a pri ich vzdelávaní .....	85
3.4 Záver .....	87
<b>4. POSTOJE UČITEĽOV K ŠKOLSKÉJ INTEGRÁCIÍ/INKLÚZII .....</b>	<b>97</b>
<i>(Viera ANDREÁNSKA, Katarína JARIABKOVÁ, Katarína CABANOVÁ, Silvia HARVANOVÁ, Zuzana BRUNCLÍKOVÁ, Viacheslav BASALJUKOV, Xenia–Daniela POSLON)</i>	
4.1. Integrácia/inklúzia z pohľadu učiteľov .....	97
4.1.1 Participanti .....	101

4.1.2 Výsledky .....	102
4.1.3 Analýza a interpretácia kvalitatívnych položiek „Dotazníka školskej inklúzie“ .....	113
4.2 Žiak so zdravotným postihnutím v sémantickom priestore učiteľa .....	118
4.2.1 Participanti .....	118
4.2.2 Výsledky .....	118
4.2.3 Záver.....	126
4.3 Integrácia v praxi, niekoľko poznámok ku kvalite integrácie/inklúzie.....	127
4.4 Význam emočnej inteligencie v integrovanom/inkluzívnom vzdelávacom prostredí .....	130
4.4.1 Emocionálna inteligencia a jej vymedzenie .....	130
4.4.2 Pilotná štúdia emočnej inteligencie u adolescentov so zdravotným postihnutím vzdelávaných v integrovanom/inkluzívnom prostredí, ich intaktných spolužiakov a ich rodičov.....	132
4.4.3 Výskumný súbor.....	133
4.4.4 Charakteristika respondentov .....	133
4.4.5 Výskumné metódy .....	133
4.4.6 Výsledky .....	134
4.4.7 Záver.....	136
<b>5. AKTIVITA A PARTICIPÁCIA DETÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM .....</b>	<b>141</b>
<i>(Marian GROMA, Katarína JARIABKOVÁ, Mária GLASOVÁ, Marián ŠPAJDEL)</i>	
5.1 Aktivita participácia detí v podmienkach sluchového postihnutia .....	143
5.1.1 Výskumné vzorky a metódy.....	144
5.1.2 Aktivita a participácia detí so sluchovým postihnutím vzdelávaným v špeciálnej škole .....	146
5.1.3 Aktivita a participácia detí so sluchovým postihnutím - pohľad rodičovskej komunity.....	150
5.1.4 Aktivita a participácia detí s kochleárnym implantátom.....	156
5.1.5 Závery .....	168
5.2 Aktivita a participácia detí s mentálnym postihnutím z pohľadu rodičov .....	172
5.2.1 Výskum .....	173
5.2.2 Závery .....	179
5.3 Participácia detí a adolescentov so zrakovým, telesným, sluchovým a kombinovaným zdravotným postihnutím v ich bežnom živote a pri vzdelávaní.....	180
5.3.1 Metóda výskumu .....	180
5.3.2 Participanti .....	180
5.3.3 Výsledky .....	181
5.3.4 Záver.....	183
<b>ZÁVERY .....</b>	<b>188</b>
<b>Zoznam tabuliek.....</b>	<b>194</b>
<b>Zoznam obrázkov .....</b>	<b>196</b>

## **2. MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA FUNKČNEJ SCHOPNOSTI, DIZABILITY A ZDRAVIA V KONTEXTE TEÓRIE, VÝSKUMU A PRAXE INKLUZÍVNEHO VZDELÁVANIA<sup>2</sup>**

Marian GROMA, Ivana LESSNER LIŠTIAKOVÁ, Tímea TÓTHOVÁ

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia - verzia pre deti a mládež (ďalej aj ICF-CY) je nástroj využívaný širokou škálou profesií s aplikáciami nielen v klinickej oblasti, ale aj v oblasti edukácie, sociálnej politiky a výskumu. Klasifikácia poskytuje vedecký základ pre pochopenie a štúdium zdravotných stavov a výsledkov intervencií súvisiacich so zdravím. ICF a ICF-CY boli navrhnuté ako klasifikačné systémy, ktoré uľahčujú zber a porovnanie údajov o fungovaní človeka, miere funkčnosti, postihnutia a zdravia pre účely epidemiologických výskumov, výskumu verejného zdravia a klinické účely. Ide o operacionalistický klasifikačný systém determinantov postihnutia človeka (WHO, 2001, 2007; Bilbao, Kennedy, Chatterji, Üstün, Barquero, & Barth, 2003 a i.). V najširšom slova zmysle, spoločná pre všetky prístupy je implementácia ponímania postihnutia (dizability) v zmysle ICF-CY do konceptu inklúzie. Björck-Åkesson Wilder, Granlund, Pless, Simeonsson, Adolfsson, Almqvist, Augustine, Klang a Lillvist (2010) skúmali použiteľnosť a užitočnosť ICF-CY ako modelu pre vytvorenie spoločného jazyka a spoločného referenčného rámca v rehabilitácii a ranej intervencii detí s postihnutím.

ICF-CY predstavuje od svojho vzniku až po súčasnosť výzvu pre hľadanie odpovede na otázku, ako možno nové domény a kategórie obsiahnuté v ICF-CY a viažuce sa k postihnutiu (dizabilite) a nové chápanie postihnutia použiť v podmienkach vzdelávania detí so zdravotným postihnutím. Prínos klasifikácie možno vnímať v dvoch rovinách: teoretickej a praktickej. Svetová zdravotnícka organizácia v ICF-CY prostredníctvom Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti a dizability (MKF, resp. ICF) a jej verzie pre deti a mládež (ICF-CY) novo vymedzuje pojem postihnutie (dizabilitu), odkláňajúc sa od samotného poškodenia a prikláňajúc sa k zdôrazňovaniu vplyv poškodenia na osobný a spoločenský života a funkciu prostredia ako faktora determinujúceho mieru postihnutia. Toto biopsychosociálne ponímanie postihnutia korešponduje so základnými východiskami inkluzívneho vzdelávania, v ktorom sa prostrediu pripisuje významnejšia úloha ako samotnému postihnutiu. V praktickej rovine použitia, podľa Simeonsson (2009), ICF-CY môže poskytnúť komplexnú dokumentáciu o začlenení sa detí, dospievajúcich do špeciálneho vzdelávania a rehabilitácie. Implementácia ICF-CY vo včasnej intervencii, špeciálnom vzdelávaní a rehabilitácii by mala vychádzať z prijatia dimenzionálneho rámca ICF-CY a korešpondujúcich aplikácií v postupoch hodnotenia dieťaťa a výsledkov intervencie. Ako poukazujú Adolfsson, Sjöman a Björck-Åkesson (2018), ICF-CY ako rámec pre využívanie jednotného spoločného jazyka môže viesť k otvorenejším diskusiám medzi

---

<sup>2</sup> Kapitola je výstupom projektu VEGA č. 1/0620/16 Psychologické determinanty aktivity a participácie detí a adolescentov so zdravotným postihnutím vzdelávaných v integrovanom/inkluzívnom prostredí.

osobami pohybujúcimi sa okolo dieťaťa (napr. predstaviteľmi rôznych profesií, rodičmi, poskytovateľmi služieb). Môže sa použiť aj na objasnenie odlišných pohľadov a poznatkov v rámci členov tímu, ktorý má dieťa v starostlivosti. Napríklad, ako uvádzajú ďalej Adolfsson et al. (2018), rodičia predškôľakov majú vedomosti o fungovaní dieťaťa v každodennom živote a tiež o prostredí dieťaťa. Na druhej strane odborníci (rehabilitační pracovníci, logopédi, psychológovia a i.) majú vedomosti o všeobecnom fungovaní dieťaťa a tiež špecifické informácie, napríklad o telesných funkciách, vývine jazyka, technických zariadení a podporných a servisných systémoch. Možnosť prepojiť jednotlivé hodnotenia do spoločného rámca ICF-CY ponúka možnosť nájsť vhodné riešenia pre optimálne fungovanie dieťaťa (Adolfsson et al., 2018).

*Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia* (ďalej aj MKF, z angl.: *ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health*, WHO, 2001) predstavuje systém umožňujúci popis a zaznamenávanie situácie jednotlivca, pričom zachytáva silné aj slabé stránky človeka v kontexte jeho životných úloh a potrieb. Klasifikácia má dve verzie: a) pôvodná klasifikácia pre dospelých (WHO, 2001; v slovenskom preklade dostupná aj príručka autorov Orgonášová a Palát, 2004), b) z nej odvodená verzia pre deti a mládež (z angl. *ICF-CY – International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version*, WHO, 2007).

MKF posudzuje schopnosti človeka a jeho fungovanie v štyroch základných oblastiach (telesné štruktúry, telesné funkcie, aktivity a participácia, prostredie). Tieto oblasti sa následne označia príslušným kódom a číselne kvalifikujú, čo umožňuje porovnávanie údajov. MKF nie je diagnostický manuál, ale popisný nástroj, ktorý komplexne zachytáva situáciu človeka.

Keďže medzi ciele klasifikácie patrí aj vytvorenie vedeckého základu pre chápanie a štúdium zdravia, jeho determinantov a zmien, predstavuje MKF príležitosť pre výskum, a to prostredníctvom možnosti porovnávať dáta v čase, medzi rozličnými poskytovateľmi služieb, alebo v rôznych disciplínach, či krajinách (WHO, 2001). Vďaka jednoznačným deskriptívnym kódom poskytuje MKF spoločný jazyk a nový štandard komplexného hodnotenia pre odborníkov rôznych profesií, čím uľahčuje ich vzájomnú komunikáciu. Pracovníci zo sektoru zdravotníctva, sociálnej starostlivosti, či školstva môžu transparentne komunikovať navzájom, ale i so samotnými ľuďmi s postihnutím, ich rodinami, aj s tými, ktorí sa podieľajú na tvorbe legislatívy. „*Transparentnosť v diagnostickom procese znamená priehľadnosť, prehľadnosť a otvorený prístup k relevantným informáciám*“ (Lištiaková, 2015). Transparentná komunikácia je kľúčová v skvalitňovaní služieb a poskytovaní pomoci, ktorá vychádza zo skutočných potrieb človeka.

Vďaka týmto kvalitám predstavuje MKF vhodný nástroj podporujúci inkluzívne snahy v edukačnom systéme ako i iných spoločenských sektoroch (napr.: zdravotníctvo, sociálne a komunitné služby, či doprava). Prostredníctvom MKF je možné zachytiť individuálne fungovanie jednotlivca nezávisle od medicínskej diagnostickej kategórie (Castro, Pinto, & Maia, 2011) a prekonať tým nálepkovanie, či veľmi zúžený pohľad na človeka s postihnutím alebo s určitou diagnózou. MKF totiž vytvára novú koncepčnú bázu na hodnotenie dizability, pričom zjednocuje existujúce teórie chápania postihnutia (WHO, 2001).

## 2.1 Teórie dizability

Praktický spôsob nastavenia služieb pre ľudí s postihnutím vo veľkej miere ovplyvňuje teória dizability, ktorá je v spoločnosti akceptovaná. Napriek tomu, že v bežnom fungovaní sa ľudia teóriami dizability nezaoberajú, ich postoje a aktivity sa pohybujú v rámci týchto paradigiem. To, ako chápú postihnutie, determinuje riešenia, ktoré sú schopní ponúknuť. Teória dizability sa totiž premieta do realizácie podpory, závisí od nej prístup k starostlivosti a vzdelávaniu a v konečnom dôsledku aj to, či je spoločnosť a škola inkluzívna. Základné členenie teórií dizability obsahuje medicínsky, sociálny a interakčný model, pričom každý z nich je ovplyvnený viacerými paradigmami myslenia.

### 2.1.1 Medicínsky model dizability

Medicínsky model vysvetľovania a zdôvodňovania dizability je ovplyvnený viacerými paradigmami myslenia. Predstavuje spôsob, akým sa o postihnutí premýšľa a je rozhodujúcim faktorom pri nastavovaní služieb, vzdelávania a celkovo ovplyvňuje mieru inkluzivity spoločnosti (resp. stanovuje jej limity). Watermeyer (2019) vysvetľuje, že medicínsky model neznamena prístup v práci lekárov, či iných zdravotníckych pracovníkov. Ide o spôsob uvažovania celej spoločnosti, ktorá vníma postihnutie v zmysle „choroby“, ktorú je potrebné liečiť. Postihnutie vidí ako problém tela, ktorý bráni ľuďom participovať v aktivitách.

Jednou zo základných paradigiem medicínskeho modelu je pozitivizmus, ktorý sa snaží o objektívny pohľad na realitu. V prípade posudzovania dizability objektivita znamená hodnotenie kvality života človeka s postihnutím niekým zvonku, napríklad lekárom, či iným nestranným odborníkom, ktorý určí diagnózu, popíše potreby a stanoví intervenciu. Na základe pozitivistického prístupu sú ľudia kategorizovaní podľa diagnóz a nich podklade sa predpokladajú potreby jednotlivcov. Pozitivistické východisko nedáva priestor hlasu človeka, o ktorého vlastnú skúsenosť sa jedná, pretože cieľom je vyhnúť sa subjektivite a možnému skresleniu (Oliver, 1998). Výhodou tohto pohľadu je presné určenie choroby, či možnosť generalizovať odborné intervencie na základe diagnózy. Rizikom pozitivistickej paradigmy je zjednodušovanie, nálepkovanie a strata individuality, ako aj predpoklad, že postihnutie je nežiaduce a znižuje kvalitu života, čo pre mnohých ľudí nemusí byť pravda, napr. pre ľudí s telesným, senzorickým poškodením, Downovým syndrómom či autizmom.

Podobne je postihnutie vnímané aj podľa paradigmy funkcionalizmu, ktorá zdôrazňuje rolu medicíny liečiť a udržiavať normálne fungovanie človeka. Podľa tohto modelu sú aj ľudia s nevyhnutelným postihnutím klasifikovaní ako chorí, s ktorými nie je niečo v poriadku. Tento spôsob chápania dizability je veľmi úzko postavený a umožňuje pohyb len v rámci normality, či uniformity (Oliver, 1998).

Pozitívnu stránku medicínskeho modelu dizability je možné vidieť v špecializovanosti poskytovaných služieb. Odborníci sú expertmi v určitej úzkej oblasti, ktorú diagnóza predstavuje a ponúkajú svoje vedomosti a zručnosti v danej oblasti. Príkladom z oblasti školstva sú špeciálne školy pre deti so sluchovým alebo zrakovým postihnutím.

Najväčším nedostatkom medicínskeho modelu nazerania na dizabilitu je to, že nezohľadňuje kontextuálne faktory a faktory prostredia. Potreby človeka sú ovplyvnené



jeho osobnosťou, ale i životnou situáciou, aktivitami, na ktorých sa podieľa alebo sa ich chce zúčastňovať. Anastasiou a Kauffman (2011, s. 368) zhrnuli kritiku medicínskeho modelu v niekoľkých bodoch. Medicínsky model dizability:

- predpokladá, že faktory, ktoré spôsobujú dizabilitu sa nachádzajú „vnútri“ v človeku (fyzické alebo psychologické faktory),
- neberie do úvahy rolu sociálnych faktorov,
- vytvára taxonomický systém kategorizujúci postihnutia,
- používa diagnostické procesy, ktoré vedú k nálepkovaniu ľudí s postihnutím,
- nesie v sebe presvedčenie, že dizabilitu je potrebné liečiť,
- spôsobuje stigma,
- vytvára závislosť od terapeutických služieb,
- vytvára nerovnomerný autoritársky vzťah medzi odborníkom a klientom a narušuje súkromie človeka s postihnutím.

Watermeyer (2019) uvádza, že medicínsky model redukuje život človeka s postihnutím na postihnutie ako osobnú životnú tragédiu. Patogenetický model nazerania na zdravie človeka prehliada zdroje zvládania, ignoruje silné stránky človeka. Človek je vnímaný cez úzku kategóriu diagnózy, no jeho individuálne danosti sú zanedbávané. Rizikom tohto prístupu nie je len patologizácia človeka, ale aj prehliadnutie jeho skutočných potrieb. Napríklad človek s telesným postihnutím môže mať potreby v oblasti duševného zdravia alebo sociálneho života, ktoré sú preňho dôležitejšie než jeho diagnóza jeho telesného postihnutia.

Postmoderná teória sa snaží prekonať nedostatky medicínskeho modelu tým, že situácie relativizuje a spochybňuje jednostranný pohľad na dizabilitu. Komplexnosť, ktorú postmoderna vníma, sa zdá byť v praxi neuchopiteľná. Pozitívom je, že stiera hranice medzi zdravím a chorobou, ale zároveň poukazuje na problém nepresného rozlíšenia choroby a poškodenia (Oliver, 1998). Medzi postmoderné prístupy môžeme zaradiť napríklad Antonovského teóriu salutogenézy (1996), podľa ktorej zdravie a choroba tvoria kontinuum. Podľa salutogenetického prístupu nie je nikto úplne chorý alebo úplne zdravý. Kategorizovanie ľudí na tieto dve skupiny teda stráca význam. Antonovsky (ibidem) tvrdí, že medicína by sa nemala orientovať na odstraňovanie choroby, ale na podporu zdravia. Salutogenéza teda prekonáva patogenetický pohľad na zdravie človeka.

### 2.1.2 Sociálny model dizability

Sociálny model dizability vznikol ako reakcia na nedostatky medicínskeho modelu a prináša pohľad na dizabilitu z perspektívy ľudí s postihnutím. Je ovplyvnený paradigmou sociálneho konštruktivismu a kritickou teóriou.

Podľa teórie sociálneho konštruktivismu je dizabilita produkovaná spoločnosťou a nie limitmi jednotlivca. V závislosti od spoločnosti, v ktorej človek žije, jeho poškodenie, či potreba môže a nemusí predstavovať dizabilitu. Postihnutie môže spoločnosť dokonca vytvoriť, ako tomu je v západných spoločnostiach, kde sa dizabilita stáva komoditou, na ktorú sú viazané rôzne špecializované služby (Oliver, 1998).

Dôležitým krokom v zmene myslenia smerom k sociálnemu modelu je posun nielen v identifikácii príčin postihnutia (telo alebo myseľ jednotlivca verzus spoločnosť), ale aj



v tom, kto je vnímaný ako zodpovedný za riešenie situácie. Kým medicínsky model pomáha jednotlivcovi, aby sa rozličnými spôsobmi prispôbil, sociálny model sa snaží o presun zodpovednosti na stranu, ktorá dizabilitu zapríčiňuje.

Tento posun súvisí najmä s paradigmou kritickej teórie, ktorá dizabilitu vníma čisto ako produkt nerovností v spoločnosti. Na rozdiel od medicínskeho modelu, kritická teória prináša pohľad sociálnej zodpovednosti, keďže ako riešenie dizability nenavrhne zmenu jednotlivca, ale zmenu spoločnosti. Predsudky a diskriminácia v spoločnosti totiž človeka obmedzujú viac než jeho telesné poškodenie. Inými slovami, postihnutie nie je spôsobené poškodením, ale bariérami v prostredí (Oliver, 1998).

Podľa sociálneho modelu dizability je zásadne dôležité oddeliť pojmy poškodenie a postihnutie (Goering, 2015). Kým poškodenie znamená dysfunkciu z anatomického hľadiska, postihnutie je chápané ako obmedzenie v možnostiach participácie (Watermeyer, 2019), dané nesúlalom medzi telom a sociálnym prostredím (Goering, 2015).

Sociálny model dizability odráža perspektívu postavenú na boji za práva ľudí. Crow (1999) uviedla, že sociálny model zohráva centrálnu úlohu v podporovaní vnímania sebahodnoty u jednotlivca, ale aj v rámci kolektívnej identity a politickej organizácie ľudí s postihnutím. Vďaka zmene myslenia spoločnosti smerom k sociálnemu modelu je možné bojovať proti diskriminujúcim sociálnym štruktúram a zavádzať legislatívu postavenú na ľudských právach.

Organizácia spojených národov uznala MKF ako jednu z akceptovaných sociálnych klasifikácií a považuje ju za vhodný nástroj implementácie medzinárodných mandátov a národnej legislatívy v oblasti presadzovania a dodržiavania ľudských práv (WHO, 2001). Z hľadiska sociálneho modelu dizability, MKF poskytuje možnosť praktického monitorovania faktorov prostredia, ktoré ovplyvňujú participáciu a inklúziu ľudí s postihnutím. Dodržiavanie ľudských práv, ktoré sú zakotvené napríklad v Dohovore o právach dieťaťa (UN, 1989) alebo v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím (UN, 2007; v SR ratifikovaný v roku 2010) predstavuje jeden zo základných determinantov inklúzie vulnerabilných jednotlivcov a skupín obyvateľstva.

Kritikou sociálneho modelu je jeho nedostatočná schopnosť zachytiť individuálne potreby, čo vyúsťuje do skreslenej reprezentácie širokého spektra ľudí s postihnutím. Problematické je aj zanedbanie existencie poškodenia (Crow, 1996), čo môže byť skĺznut' k interpretácii, že prevencia, rehabilitácia a liečba poškodení nie je potrebná alebo žiadaná (Shakespeare, 2013). Ďalším potenciálnym problémom toho, že sociálny model definuje postihnutie ako útlak zo strany spoločnosti, je to, že nepripúšťa, že človek s postihnutím by nemusel byť utláčaný. Predstava úplne bezbariérového prostredia pre všetkých je utopistická, keďže ľudia s rôznym poškodením môžu potrebovať rozličné úpravy a prírodné prostredie bude vždy určitou bariérou (ibidem). Redukcia bariér v participácii teda neznamená odstránenie dizability ako takej (Bury, 1997, citovaný podľa Shakespeare, 2013).

### **2.1.3 Biopsychosociálny model dizability**

Medicínsky a sociálny model dizability predstavujú opačné póly pohľadu na človeka s postihnutím, ktoré determinujú spôsob, akým sú poskytované postavené služby (sociálne

služby, vzdelávanie, podpora pri učení, pomoc rodine a pod.) a aj zákony regulujúce poskytovanie služieb. Systém poskytovania služieb vychádzajúci z medicínskeho modelu na základe oficiálne určenej diagnostiky, poskytuje v prvom rade intervencie zamerané na jednotlivca. Ak systém pomoci berie do úvahy sociálny model, poskytovatelia služieb sa nezameriavajú na „nápravu“ jednotlivca, ale úpravu prostredia, požiadaviek, formy aktivít. Avšak, napriek tejto perspektíve, je v mnohých krajinách potrebné medicínske stanovenie diagnózy predtým než je umožnené (finančne podporené) poskytnutie úprav.

Ako reakcia na redukcionistický pohľad medicínskeho modelu a nedostatky sociálneho modelu vznikol tzv. funkčný model (alebo interakčný model) dizability, ktorý *„zdôrazňuje dynamický proces interakcie medzi jednotlivcom a prostredím“* (Castro et al., 2011, s. 132). Na jednej strane teda berie do úvahy spôsob, akým sa človek prispôsobuje zdrojom v prostredí a na druhej strane zohľadňuje aj to, ako prostredie reaguje na potreby človeka (Simmeonson, 2006 citovaný podľa Castro et al., 2011). Základnou črtou hodnotenia podľa tohto modelu je zisťovanie interakcie medzi jednotlivcom, jeho potrebami a možnosťami a tým, čo dané prostredie ponúka. Nehodnotí teda tieto dve kategórie oddelene, ale vždy vo vzájomnom vzťahu. Tento model vychádza z teórie transakčného modelu (Sameroff & Chandler, 1975 citovaný podľa Castro et al., 2011), ktorý zohľadňuje recipročné interakcie medzi človekom a prostredím v čase, berie do úvahy interné a externé procesy a ich vplyv na vývin dieťaťa a život človeka. Bio-ekologický prístup, ktorý popísal Brofenbrenner (2001 citovaný podľa Castro, 2011), hovorí o dynamických zmenách vychádzajúcich z interakcie medzi rozvíjajúcim sa človekom a integrovanou mnohoúrovňovou ekológiou kontextu, v ktorej sa človek nachádza. Podľa Castro et al. (2011) perspektíva transakčného a bio-ekologického prístupu predstavujú rámce, ktoré zdôrazňujú proaktívnu povahu fungovania človeka zasadenú do rozličných kontextov, ktoré tieto procesy ovplyvňujú. Na týchto teoretických základoch je postavený bio-psycho-sociálny model, ktorý zohľadňuje komplexnosť rozličných dimenzií človeka a jeho interakcie v prostredí. Speck (2003) hovorí o holistickom chápaní, podľa ktorého kontext okolností, externých a interných podmienok vývinu zabezpečuje jedinečnosť človeka. To znamená, že všetky prejavy v správaní musia byť vnímané v kontexte osobnosti a individuality človeka, ale aj v kontexte jeho životnej histórie a skúseností, rodinného systému a iných sociálnych vplyvov (Fábry Lucká & Lištiaková, 2014).

V praxi teórie a modely dizability ovplyvňujú spôsob rozhodovania o poskytovaní služieb. Z hľadiska medicínskeho modelu je rozhodujúce určenie diagnózy, na základe ktorej môže byť jednotlivcovi predpísaná, či odporučená liečba, určený nárok na terapiu. Expertne určené a presne zacielené terapeutické služby sa zameriavajú na zmenu jednotlivca. Sociálny model je postavený na naplnení práv jednotlivca, teda jeho aplikácia v spôsobe poskytovania služieb kladie zodpovednosť na zmenu prostredia, poskytnutie, čo najvyhovujúcejších podmienok, v ktorých jednotlivec bude môcť fungovať. Bio-psycho-sociálny model spája tieto perspektívy, zohľadňuje biologické a psychologické potreby človeka, ktoré je niekedy potrebné naplniť terapeutickými zásahmi, ale zároveň pripúšťa kľúčovú úlohu a vplyv sociálneho prostredia, ktoré je potrebné meniť a prispôbovať. Tejto biopsychosociálnej perspektívy sa pridrižiava aj Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF, WHO, 2001) ako aj jej verzia pre deti a mládež (WHO, 2007).

## 2.2 Teoretické východiská MKF: Bronfenbrennerova teória ekologických systémov

Americký psychológ Urie Bronfenbrenner bol poprednou svetovo uznávanou autoritou v oblasti vývinovej psychológie. Narodil sa 29. apríla 1917 v Moskve. V šiestich rokoch sa aj s mamou Eugeniou Kamenetskaje a otcom, lekárom Alexandrom Bronfenbrennerom presťahoval do Spojených štátov amerických, kde 25. septembra 2005 zomrel (Härkönen, 2007). Jeho kľúčovým myšlienkovým rámcom, ktorý ho preslávil bola **teória ekologických systémov**, v rámci ktorej definoval štyri koncentrické systémy, *mikro-, mezo-, exo- a makro-systém*, ku ktorým neskôr pridal časový *chronosystém*. Teória poskytla štruktúru pre identifikáciu a usporiadanie faktorov vplývajúcich na vývin človeka, ktoré sa nachádzajú v rôznych prostrediach. Bronfenbrenner svoju pozornosť upriamil na štúdium vzťahov a interakcií medzi nimi (Anderson, Boyle, & Deppeler, 2014). V publikácii z roku 1979 *The Ecology of Human Development – Experiments by nature and design*, kde svoj teoretický model zhrnul, predostrel desaťročia utvárania teórie a výskumu o základných procesoch, ktoré usmerňujú vývin počas života (Darling, 2007). Autorka (ibidem) konštatuje, že Bronfenbrennerovo zameranie sa na kontextuálne variácie v ľudskom vývine pomohlo presúvať vývinovú psychológiu z vedy o zvláštnom správaní detí v zvláštnych situáciách so zvláštnymi dospelými v krátkom časovom úseku k viac ekologicky validnému štúdiu vývinu jednotlivcov v ich prirodzenom prostredí. Härkönen (2007) poukazuje na dôležitosť aplikácie Bronfenbrennerovej *teórie ekologických systémov* v psychológii a pedagogike vo vzťahu k fenoménu vývinu a vzdelávania pričom dodáva, že napríklad vo Fínsku sa táto teória v oblasti predprimárnej edukácie opakovane využíva a aplikuje už viac ako dvadsať rokov.

### 2.2.1 Od sociálno-ekologickej teórie k bioekologickému modelu ľudského vývinu

Ekológia sa ako veda sústreďuje na rôzne oblasti štúdia vzťahov medzi organizmami a príslušným prostredím. Významný sociológ a autor publikácie *The human ecology* (1936) Robert E. Park z *University of Chicago* neskôr známej aj ako *Chicago School of Human Ecology* definoval *ekológiu človeka* ako pokus aplikovať na vzťahy medzi ľuďmi typ analýzy, ktorý sa predtým uplatňoval pri vzájomných vzťahoch rastlín a zvierat. Za vznikom *sociálno-ekologickej teórie* na začiatku 20. storočia stáli primárne akademici – sociológovia (Ernest W. Burgess, Robert E. Park, Robert D. McKenzie, Radhakamal Mukerjee, a i.), ktorí sa zaoberali ekológiou človeka (Lejano & Stokols, 2013). Prevzali koncepcie a metódy bioekológov z 19. storočia, najmä poznatky o homeostatických procesoch adaptácie a aplikovali ich na štúdium ľudských spoločností. V rámci *sociálno-ekologických modelov* bola ekológia transformovaná s cieľom lepšie pochopiť dynamiku vzájomných vzťahov medzi rôznymi osobnostnými a environmentálnymi faktormi. V roku 1938 napísala vplyvnú kritiku na vtedajšiu paradigmu *ekológie človeka* (*The Human ecology*) psychologička Milla Aissa Alihan, ktorá vyzývala k vytvoreniu integrujúcejšieho rámca, ktorý by dôslednejšie začlenil koncepty a metódy z oblastí ako antropológia, psychológia a etická filozofia (Lejano & Stokols, 2013). Autori (ibidem) konštatovali, že práve Alihan a iní podobne mysliaci učitelia (ako napr. Emery & Trist, 1972) poukázali na potrebu novej koncepcie vzťahov známej ako

*sociálna ekológia (Social ecology)*. Vznik *sociálno-ekologickej teórie* poskytol rámec, ktorý spoločenské systémy jednotlivca pomohol popísať a podnietil štúdium variability ich faktorov (Anderson et al., 2014; Lejano & Stokols, 2013).

Urie Bronfenbrenner vo svojej publikácii *Experimentálna ekológia vzdelávania (The experimental ecology of education, 1976)* prispôbil *sociálno-ekologickú teóriu* oblasti vzdelávania a identifikoval dva nosné determinanty učenia sa študentov: 1. charakteristika študenta a prostredia, v ktorom žije, 2. vzťahy a interakcie/prepojenia medzi nimi (Anderson et al., 2014). Saarinen et al. (1994, podľa Härkönen, 2007) dodáva, že Bronfenbrenner prispôbil myšlienky obsiahnuté v definícii ekológie pri skúmaní socializácie, teda pozorovania toho, ako sa dieťa alebo mladý človek postupne stáva plnoprávnym členom spoločnosti. V 50. a 60. rokoch 20. storočia navštívil Sovietsky zväz a Čínu, pričom skúsenosť z Ruska zhrnul v jeho publikácii *Two Worlds of Childhood* (1965). V tejto komparatívnej štúdii zameranej na vzdelávanie a vzorce detského vývinu (USA verzus Rusko) opisoval príkladnú starostlivosť o deti v Sovietskom zväze (všetky deti mohli participovať na rôznych aktivitách, mali dostatok odpočinku či stravy napriek ťažkému obdobiu), pričom ľudí, ktorí sa o deti starali, vnímal ako osobnosti, ktoré prikladajú veľký význam obdobiu „detstva“ a dávajú mu zaslúženú hodnotu (Härkönen, 2007). Autorka (ibidem) píše, že známa britská profesorka a učiteľka zaoberajúca sa problematikou životných podmienok detí v rozvojových krajinách Helen Penn vo svojej knihe *Understanding early childhood education: Issues and Controversies* (2005) uviedla, že Bronfenbrenner sa vždy zaujímal o prostredie, v ktorom deti žili. Na základe jeho skúseností zo Sovietskeho zväzu a Číny v súhre s ňou ostro kritizoval americký systém starostlivosti o deti. Poukazoval na nedostatočnú aktívnu participáciu rodičov a iných potrebných dospelých v rámci rodín, komunity a spoločnosti vôbec. On sám prikladal veľký význam susedskej harmónii, občianskemu duchu a láske k deťom a zaviazal sa venovať zvýšenú pozornosť tendenciám rastu separatizmu a brutalizácii násilia v USA. Härkönen (2007) o Bronfenbrennerovi píše, že spoločnosť bola pre neho dôležitým faktorom, ktorý má vplyv na vývin detí a bola kľúčom jeho teórie. V jeho chápaní, ako uvádza (ibidem), štruktúra spoločnosti ovplyvňuje všetko, až na najmenší detail.

Bronfenbrennerova novšia *teória ekologických systémov* (Bronfenbrenner, 1979) sa zameriava na fenomén ľudského vývinu, pričom poskytuje aj opis ľudskej socializácie. Ako píše Cole (1979, v rámci predhovoru pre Bronfenbrennera, 1979), na psychologické otázky týkajúce sa vysvetlenia správania ľudí Bronfenbrenner úprimne reagoval „*it all depends*“ (vo voľnom preklade: závisí od situácie). Tým chcel zdôrazniť, že odpovede na otázky pre vysvetlenie toho, čo robíme, sa nachádzajú v interakciách medzi charakteristikami ľudí a ich prostredím, minulosťou a prítomnosťou. Saarinen et al. (1994, podľa Härkönen, 2007) dodáva, že Bronfenbrenner v *teórii ekologických systémov* nasledoval klasický vzorec ľudského správania Kurta Lewina (1935) založený na presvedčení, že ak chceme zmeniť správanie, musíme zmeniť prostredie, pričom interakcie človeka a prostredia majú obojsmerný vplyv: človek ovplyvňuje prostredie a prostredie ovplyvňuje človeka. Bronfenbrenner však prepracoval Lewinovu teóriu do teórie vývinu. Z pôvodného modelu správania  $B = f(PE)$ , kde správanie (B) je výsledkom (f) interakcie medzi osobou (P) a prostredím (E) vytvoril vzorec vývinu  $D = f(PE)$  pričom vývin (D) je výsledkom (f)

interakcie medzi osobou (P) a prostredím (E). Neskôr vzorec zdokonalil aj o časový faktor vyjadrený indexom  $t$ :  $Dt = f(t-P) (PE) (t-P)$  kde čas ( $t$ ) zachytáva zmenu vplyvov na vývin v čase (Bronfenbrenner, 1989 podľa Härkönen, 2007). V jednoduchosti to znamená, že Bronfenbrenner poukázal na skutočnosť, že vývin je proces, ktorého sekvencie, obdobia majú taktiež vplyv na fungovanie osoby a prostredia v danom momente. Keďže dieťa rastie, procesy pozorované v prítomnosti nemusia byť rovnaké, ako keď boli pozorované v minulosti.

Bronfenbrennerov výskumný záujem sa sústredil na závislosť človeka od prostredia. *Teóriu ekologických systémov* (1979) formuloval, aby vysvetlil prirodzené vlastnosti dieťaťa a jeho prostredia, ktoré majú vplyv na jeho rast a vývin v rámci komplexne fungujúceho celku (Berk, 2013; Psychology notes HQ, 2013). Ako v širšom zmysle konštatoval (Bronfenbrenner, 1979), išlo o novú teoretickú perspektívu pre výskum ľudského vývinu. Teória bola nová svojím konceptom vyvíjajúcej sa osobnosti, prostredia v ktorom existuje, aj dôrazom na sledovanie vzájomných interakcií človek – prostredie.

Ako hodnotia Tudge, Mokrova, Hatfield a Karnik (2009), Bronfenbrenner bol veľmi sebareflexívny teoretik, ktorý svoju teóriu procesuálne revidoval a neskôr bol ochotný sa vzdať niektorých svojich teórií z jeho pôvodnej monografie. Autori (ibidem) dodávajú, že po čase vydal sebakritické stanovisko, v ktorom poukázal na to, že v pôvodnej teórii nevenoval dostatok pozornosti úlohe jednotlivca vo vlastnom vývine a príliš sa zamerl na kontext. Bronfenbrenner (1994) v kontexte určenia výsledkov vývinu jednotlivca zvýraznil, že genetický materiál nie je hotový rys, ale integruje sa s environmentálnymi skúsenosťami. Svoju pôvodnú teóriu preto inšpirovaný kolegom Stephanom J. Cecim v roku 1994 prepracoval na *teóriu bioekologických systémov* (*Bioecological Theory of Human Development*). Jeho revidovaná a rozšírená teória však ostala explicitne ekologická – v jadre zostal jeho záujem o prepojenie osoby a kontextu, ale aj z jeho neskorších prác sa vytratili pôvodné koncepty ako molárne aktivity, ekologické experimenty, ekologická validita, či ekologické prechody (Härkönen, 2007; Tudge et al., 2009). Autori zaoberajúci sa konceptom ekologických systémov sa zhodujú, že Bronfenbrennerova teória, ani tá pôvodná, nikdy nebola centrovaná výlučne na faktory kontextu, ale vždy zdôrazňovala najmä vzájomné súvislosti medzi ľuďmi.

Ekologické prostredie je v modeli teórie ekologických systémov (ďalej TES) koncipované ako súbor do seba včlenených štruktúr – akoby skladačka matriošiek (Bronfenbrenner, 1979). V strede štruktúry systémov je dieťa vyvíjajúce sa v rámci komplexného systému vzťahov, na ktoré vplývajú viaceré úrovne okolitého prostredia (Berk, 2013). Základom modelu TES boli štyri subsystémy: *mikrosystém*, *mezosystém*, *exosystém* a *makrosystém*.

Mikrosystém tvorí vnútornú štruktúru systému a predstavuje vzťahy a interakcie, ktoré má dieťa vo svojom najbližšom okolí, ako rodina a škola. Interakcie jednotlivých subjektov mikrosystému (rodičov, rovesníkov, učiteľov a i.), ich vzájomné vzťahy a charakter ich prístupu k dieťaťu priamo vplývajú na jeho vývin a kvalitu jeho vzťahov. Bronfenbrenner zvýrazňoval, že štruktúry mikrosystému majú obojsmerný charakter, rodič ovplyvňuje správanie a presvedčenia dieťaťa, ale tiež dieťa, jeho biologicky a sociálne podmienené charakteristiky ovplyvňujú správanie a presvedčenia rodiča (Paquette & Ryan,

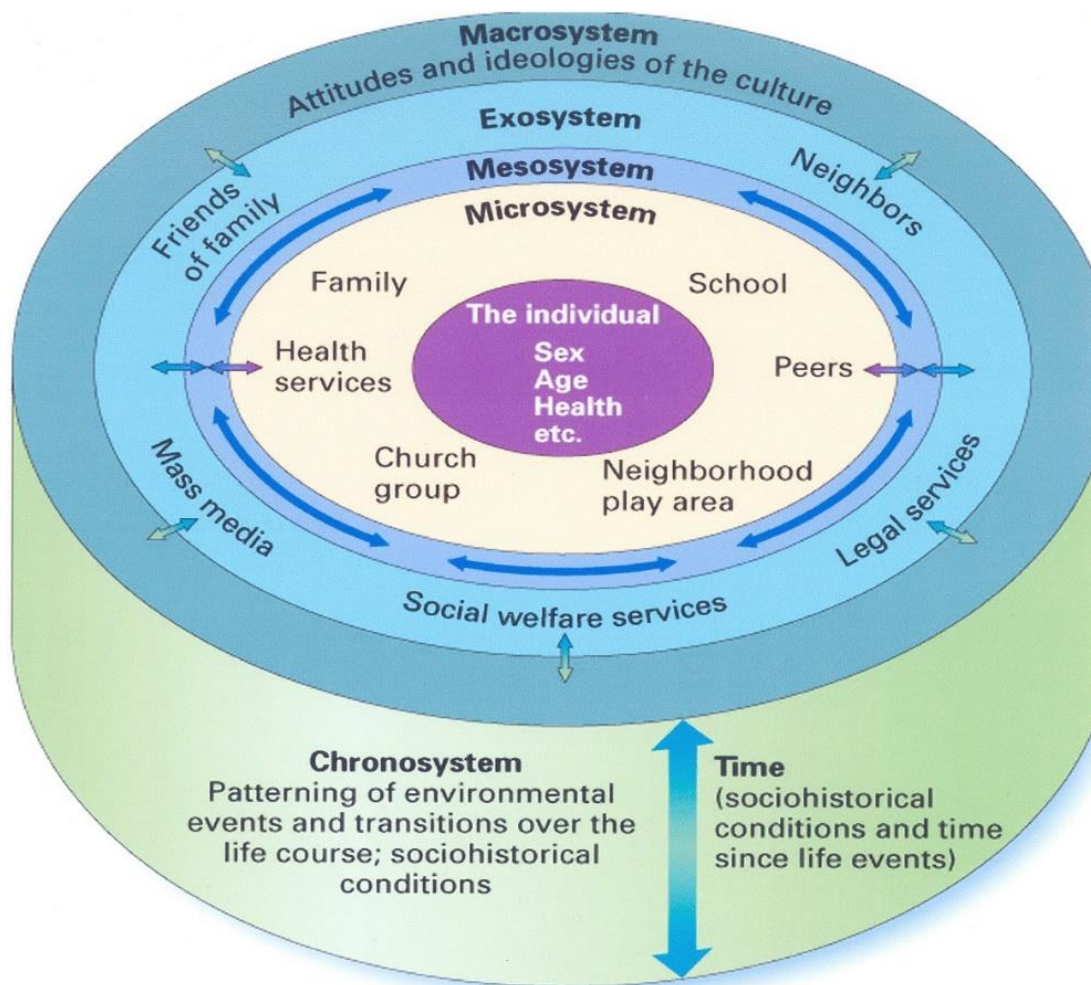


2001). Berk (2013) poskytuje ako príklad dieťa, ktoré je priateľské a pozorné, teda v rodičoch ľahko vyvolá pozitívnu a trpezlivú spätnú väzbu, pričom dieťa podráždené či roztržité spätne iniciuje skôr k odmeranosti, zákazom, či trestom. Jednotlivé rysy osobnosti každého dieťaťa, ako je temperament, ovplyvnený jedinečnými genetickými a biologickými faktormi, vplývajú na to, ako sa s ním zaobchádza. Aj v tejto súvislosti bolo jedným z najvýznamnejších zistení, ktoré Bronfenbrenner pri svojom štúdiu ekologických systémov objavil, že je možné, aby súrodenci nachádzajúci sa v rovnakom ekologickom systéme zažívali veľmi odlišné prostredie. To znamená, že aj keď mikrosystém dvoch súrodencov je rovnaký, ich vývin môže v rôznych oblastiach postupovať rôznymi smermi (Psychology notes HQ, 2013). Berk (2013) zdôrazňuje tiež význam vplyvov odrážajúcich kvalitu vzájomných vzťahov iných subjektov v rámci mikrosystému, ktoré sa v ňom nachádzajú a priamo ovplyvňujú vývin a kvalitu vzťahov dieťaťa. Ilustráciou môže byť kontrastný príklad vzájomne sa podporujúceho a jednotného vzťahu rodičov pri sprevádzaní dieťaťa verzus konfliktný manželský vzťah zapríčiňujúci nejednotnosť a hostilitu, čo môže dieťaťu spôsobiť strach, úzkosť alebo vyvolať hnev a agresiu. Paquette a Ryan (2001) konštatujú, že Bronfenbrenner sa svojím modelom TES snažil poukázať na výskyt „obojsmernosti“ vplyvov vo všetkých úrovniach prostredia, v ktorom človek/dieťa žije.

Mezosystém je systémom, ktorý zahŕňa interakcie, spojenia a procesy medzi dvoma mikrosystémami (napríklad školou a rodinou), ktoré s vyvíjajúcim sa dieťaťom súvisia, vplývajú naň (Bronfenbrenner, 1994). Ako príklad Bronfenbrenner (ibidem) poskytuje prácu Epstein (1983), v ktorej sa zameria na vývinový vplyv nesúrodnej komunikácie a participácie pri rozhodovaní medzi rodičmi a učiteľmi. Epstein poukázal na skutočnosť, že žiaci základných škôl, kde bola vysoká miera vzájomnej angažovanosti rodín a školy preukazovali po nástupe na stredné školy väčšiu nezávislosť, iniciatívnosť a aj lepšie známky. Epstein v závere konštatoval, že procesy medzi rodinou a školou mali väčší efekt ako atribúty socioekonomického statusu či rasy (Bronfenbrenner, 1994).

Exosystém porovnáva väzby a procesy, ktoré prebiehajú medzi dvoma alebo viacerými nastaveniami ekologického systému, z ktorých minimálne jedna priamo nezahŕňa vyvíjajúcu sa osobu, no nepriamo ovplyvňuje procesy a nastavenia, ktoré na ňu priamo vplývajú. Bronfenbrenner (1994) píše o roku 1980, kedy sa týmto systémom zaoberalo viacero výskumníkov, ktorí poukázali na tri dôležité exosystémy, ktoré majú nepriamy vplyv na vývin dieťaťa formou ich vplyvu na rodinu, rovesnícku skupinu a školu. Ako dôležité definoval (podľa Bronfenbrenner, 1994): 1) miesto práce, teda zamestnanie rodiča (Eckenrode & Gore, 1990), 2) sociálne väzby rodiny (Cochran et al., 1990) a 3) susedsko-komunitný kontext (Pence, 1988).

Makrosystém ako najvzdialenejší systém v modeli TES reprezentuje kultúrne hodnoty, zákony, zvyky, zdroje a životné možnosti (Bronfenbrenner, 1994). Dôležitosť vplyvu makrosystému na vnútornejšie štruktúry systému Berk (2013) zdôvodňuje príkladom krajín, kde sa vysoká životná úroveň spoločnosti premieta do nižších štruktúr systému, napríklad vysoký štandard pracoviska rodiča (exosystém) poskytuje benefity, z čoho profituje aj dieťa v zmysle priaznivého nastavenia podmienok a možností pre jeho vývin.



**Obr. 2** Ekologická teória vývinu dieťaťa (Sanrock, 2008, s. 33)

V rámci svojej modifikovanej *bioekologickej teórie* Bronfenbrenner (1994) vývin označil ako spoločný produkt štyroch definujúcich vlastností: 1. proces, 2. osoba, 3. kontext a 4. čas – označovaný ako *PPCT: Process - Person - Context - Time model* (Ettecal & Mahoney, 2017). V tejto fáze rozvoja svojho myslenia pridal do pôvodnej štruktúry svojho ekologického modelu chronosystém, ktorým poukázal na dôležitosť vnímania zmien v čase. Berk (2013) chronosystém označuje ako neustále sa meniaci pričom dodáva, že zmeny zachytené dôsledkom priebehu času môžu vyvstať aj vplyvom dozrievania dieťaťa, ktoré už samo selektuje, pretvára a vytvára mnoho nastavení a skúseností. Chronosystém je pri sledovaní a hodnotení vývinu dôležitým systémom ekologickej štruktúry, nielen v kontexte zmien prostredia, ale aj osoby, ktorá sa v ňom nachádza.

*Model PPCT – Process – Person – Context – Time* v rámci Bronfenbrennerovej teórie *bioekologických systémov* autori Tudge et al. (2009) považujú za komplexný ucelený rámec, ktorý výskumníci z rôznych oblastí (najmä psychológie či pedagogiky) využívajú. Autorky (ibidem) zároveň vyjadrujú kritiku voči výskumníkom, ktorý používajú staršiu verziu Bronfenbrennerovej práce zo sedemdesiatych rokov, alebo sa metodologicky sústredia iba na jeden systém štruktúry, avšak použitie užšieho alebo pôvodného konceptu v prácach nemajú priznané. *Proces* – ako prvá koncepcia modelu PPCT predstavuje „primárne



mechanizmy“ vo vývine. Vývin človeka prebieha prostredníctvom procesov postupne zložitejšej vzájomnej interakcie medzi aktívnym, vyvíjajúcim sa biopsychologickým organizmom a osobami, objektmi a symbolmi v jeho bezprostrednom vonkajšom prostredí. Aby bola interakcia účinná, musí sa vyskytovať pomerne pravidelne počas dlhších časových období (Tudge et al., 2009). Bronfenbrenner a Morris (1998 podľa Tudge et al., 2009) definovali, že takéto trvalé interakcie v bezprostrednom prostredí sa označujú ako *proximálne procesy* (hranie s malým dieťaťom, učenie sa novým zručnostiam, skupinová hra a pod.) a sú kľúčovým faktorom vývinu.

Ďalšou koncepciou teórie bioekologických systémov je *Osoba (Person)*. Bronfenbrenner (1994) poukazoval na význam biologických a genetických aspektov osoby, avšak viac pozornosti venoval osobným charakteristikám, ktoré so sebou jednotlivci prinášajú do akejkoľvek sociálnej situácie. Tieto charakteristiky rozdelil ich do troch typov: 1) charakteristiky požiadaviek, 2) charakteristiky zdrojov a 3) charakteristiky sily.

Charakteristiky požiadaviek (1), pôvodne označované ako „charakteristiky osobného stimulu“ sú tie, ktoré pôsobia ako bezprostredný podnet inej osobe (vek, pohlavie, farba pleti, fyzický vzhľad). Tieto typy charakteristík môžu ovplyvniť počiatočné interakcie z dôvodu bezprostredných očakávaní.

Charakteristiky zdrojov (2) nie sú bezprostredne jasné, ale môžu byť indukované z charakteristík dopytu (duševné, emocionálne, sociálne a materiálne zdroje ako napríklad predchádzajúce zručnosti a skúsenosti, inteligencia, zdroj predstavujúci starostlivých rodičov či prístup k jedlu, či vzdelaniu v konkrétnej spoločnosti a pod.).

Tretou oblasťou sú charakteristiky sily (3), ktoré sa viažu k rozdielom v temperamente, motivácii či vytrvalosti (Bronfenbrenner, 1994). Tudge et al. (2009) píše, že Bronfenbrenner v tejto súvislosti často zdôrazňoval už vyššie spomenuté, že aj deti s rovnakými zdrojovými charakteristikami, môžu mať rozdielne vývinové trajektórie, ak je napríklad jedno z nich motivované a vytrvalé a druhé nie.

Koncepcia *Kontextu (Context)* v sebe zahŕňa vzájomné prepojenia a vzťahy štyroch vyššie charakterizovaných systémov mikro-, mezo-, makro- a exosystému. Poslednou koncepciou modelu PPCT je *Čas (Time)*, ktorá je rozdelená na mikročas (čo sa deje počas určitej špecifickej aktivity alebo interakcie, tu a teraz), mezočas (miera, v akej sú aktivity alebo interakcie v priebehu vývinu konzistentné) a makročas (vývinové procesy sa môžu líšiť v závislosti od konkrétnych historických udalostí, pričom autori (ibidem) spomínajú výskum Eldera (1974, 1996, ktorý preukázal výrazné rozdiely vo vývinových trajektóriách ľudí z dvoch skupín narodených v rovnakej geografickej oblasti, ale v časovom odstupe 10 rokov).

### 2.2.2 Ekológia inkluzívnej edukácie

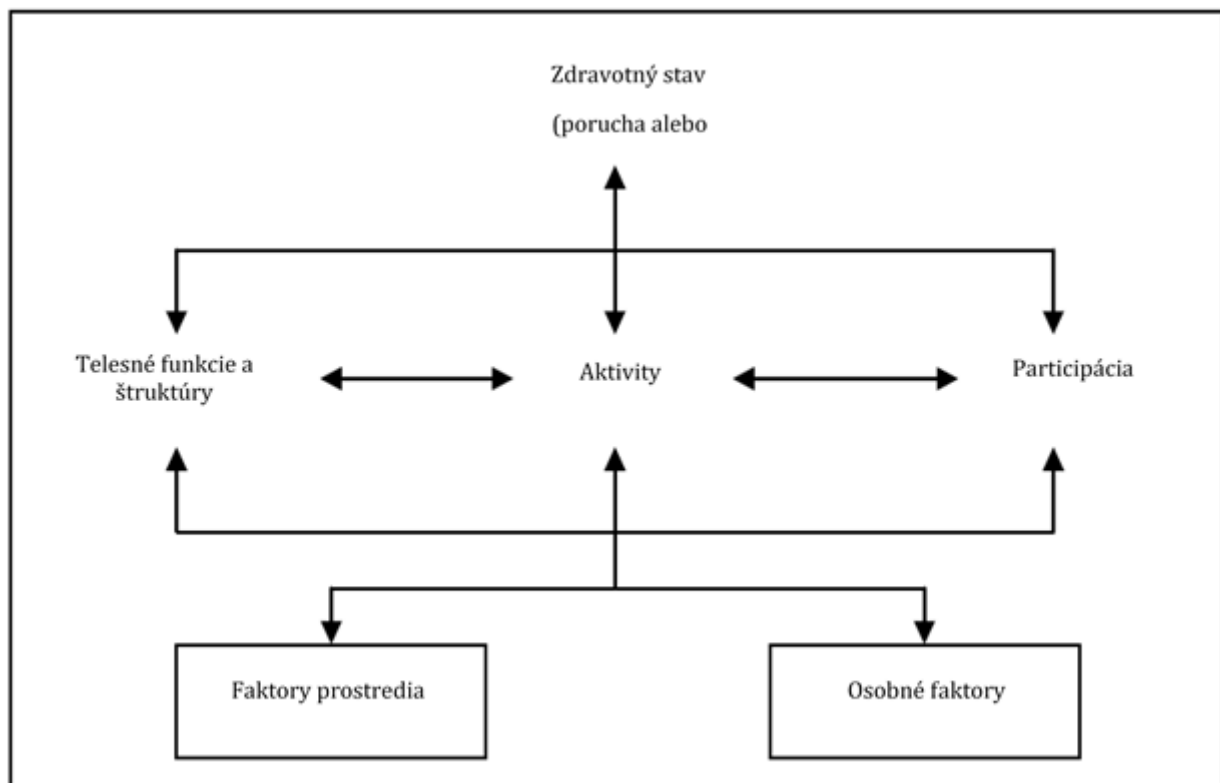
Aktuálnym modelom ekosystémového myslenia je aj inklúzia, ktorá sa presadzuje ako koncept starostlivosti alebo spoločenského prístupu k človeku. V pedagogickej praxi znamená vytvorenie prijímajúceho prostredia, identifikáciu podporných vývinových faktorov a elimináciu rušivých faktorov vo vývine. Človek môže fungovať len v úzkom prepojení na prostredie a kvality prostredia je dôležité skúmať a optimalizovať. Bronfenbrennerova teória sa zameriava na kvalitu a kontext prostredia dieťaťa. Ako sa dieťa

vyvíja, interakcia v týchto prostrediach sa stáva zložitejšou. Paquette a Ryan (2001) vidia ako dôležitý predmet skúmania v zameraní sa na otázky: Ako na danej ceste pomáha svet? Alebo v čom ho brzdí? Autori (ibidem) popisujú Bronfenbrennerov názor, že rodina o sebe musí vyhlásiť, že je „nedostatočná“, akoby znížiť svoju kvalitu rodičovstva, aby jej bola poskytnutá kvalitná pomoc, napriek tomu, že za „nedokonalosť“ (napr. identita – kultúra) nenesú zodpovednosť. Härkönen (2007) vidí ako problém, že spoločnosť bojuje za to, aby ochránila spoločenský život pred „preklatím technológií“, ale nerobí nič preto, aby sa podobný stav bezpečia dosiahol v prostredí spoločenského života. Prijatie a bezpečné prostredie sú základom inklúzie dieťaťa v domácom prostredí aj základom jeho zážitku úspechu a participácie v škole. Geldenhuys a Wevers (2013), ktorí skúmali ekologické aspekty edukácie detí v školách na východnom polostrove Južnej Afriky popisujú Bronfenbrennerov ekosystémový rámec ako pomôcku pre lepšie pochopenie inkluzívneho edukačného cieľa. Napriek tomu, že Bronfenbrenner neponúkol jasnú metodickú príručku ako robiť výskum prostredníctvom jeho teórie, v štúdiách zameraných na inklúziu je táto teória považovaná za koncepčný nástroj alebo operačný teoretický rámec, ktorý je dnes rôznorodo metodologicky zastrešený (Mahlo, 2013; Anderson et al., 2014).

Bronfenbrenner chcel už ako študent pochopiť vývinovú históriu a predpovedať jej ďalší rast. Jeho teória sa stala nosným systémovým rámcom, ktorý umožňuje komplexne zachytávať a analyzovať vývin jednotlivca v kontexte prostredia, v ktorom žije. Napriek tomu, že Bronfenbrenner teóriu nevytvoril s odvolaním sa na inkluzívnu filozofiu, jej využiteľnosť v proinkluzívne orientovaných štúdiách je dnes nesporná.

### 2.3 MKF ako aplikačný nástroj biopsychosociálneho modelu dizability

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ďalej MKF) predstavuje praktický popisný nástroj, pomocou ktorého je možné uplatniť prístup k človeku s postihnutím založený na interakčnom, biopsychosociálnom modeli chápania dizability. *Fungovanie* človeka predstavuje zastrešujúci pojem a koncept, ktorý zahŕňa prvé tri oblasti: telesné štruktúry a funkcie ako aj aktivity a potreby participácie. V tomto chápaní sa vyzdvihuje individualita človeka, pretože človek nie je vnímaný len na základe možností a limitov jeho tela (a mysle), ale predovšetkým v kontexte toho, ako sú tieto možnosti a limity v súlade s každodennými činnosťami, na ktorých sa konkrétny jednotlivec musí alebo chce podieľať. Na popísanie celkový obrazu o človeku nestačí uviesť zdravotný stav prostredníctvom diagnózy. Potrebné je zohľadniť úroveň fungovania (teda oblasti telesných funkcií a štruktúr, aktivít, participácie) a úroveň kontextu (faktory prostredia a osobné faktory) (Obrázok 3). MKF osobné faktory z klasifikácie vynecháva, pretože sú veľmi individuálne, nedajú sa zovšeobecniť a nemalo by význam ich nejakým spôsobom kvalifikovať.



**Obr. 3** Interakcie medzi komponentmi MKF (WHO, 2001, s. 18)

Predchádzajúca klasifikácia z roku 1980 (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) bola klasifikáciou, ktorá popisovala *dôsledky chorôb*, avšak v súčasná klasifikácia je vnímaná ako systém *komponentov zdravia* (WHO, 2001). Teda podobne ako v Antonovského (1996) vnímaní konceptu zdravia a ako kontinua, v ktorom nikto nie je úplne zdravý alebo úplne chorý, aj MKF vníma zdravie a chorobu ako jeden celok, ktorý sa odráža vo *fungovaní* človeka a je individuálny u každého jednotlivca. Avšak MKF sa nezaobera príčinami a dôsledkami, v čom sa odlišuje od modelov používajúcich *determinanty zdravia* a/alebo *rizikové faktory*. Namiesto toho popisuje faktory prostredia, v ktorých človek žije (WHO, 2001).

Komponenty funkčnej schopnosti a dizability sa v MKF operacionalizujú prostredníctvom kvalifikovania problému alebo silných stránok v jednotlivých oblastiach. Telesné funkcie (b) a telesné štruktúry (s) popisujú *poškodenie*, t. j. zmeny vo fyziologických systémoch a anatomických štruktúrach, čím sa čiastočne vzťahujú k medicínskej diagnóze.

Pre oblasť aktivít a participácie sa používajú konštrukty *kapacity* a *výkonu*. Kapacita predstavuje maximálne možné rozvinutie schopnosti u jednotlivca a výkon predstavuje reálny stav v súčasnosti. V oblasti aktivít (d) je možné zaznamenať *limity* v aktivitách vyplývajúce z poškodenia. V oblasti participácie (d) je pozornosť presunutá na *obmedzenia* spôsobené prostredím. V oblasti prostredia (e) je možné vyhodnocovať bariéry alebo facilitátory. Celkový kód konkrétnej hodnotenej situácie sa skladá z kódu vybranej oblasti (Tabuľka 1) a kvalifikátora závažnosti problému.

Prvé písmenko kódu reprezentuje hodnotenú oblasť (b, s, d, e):

- b – telesné funkcie
- s – telesné štruktúry
- d – aktivity a participácia
- e – prostredie

**Tab. 5**

Oblasti MKF (WHO, 2001)

Komponenty funkčnej schopnosti a dizability			Kontext
Telesné funkcie (b)	Telesné štruktúry (s)	Aktivity a participácia (d)	Environmentálne faktory (e)
<b>1</b> Duševné funkcie <b>2</b> Senzorické funkcie a bolesť <b>3</b> Hlasové a rečové funkcie <b>4</b> Funkcie kardiovaskulárneho, hematologického, imunologického a respiračného systému <b>5</b> Funkcie tráviaceho, metabolického a endokrinného systému	<b>1</b> Štruktúry nervového systému <b>2</b> Štruktúry oka, ucha a príbuzné štruktúry <b>3</b> Štruktúry podieľajúce sa na hlase a reči <b>4</b> Štruktúry kardiovaskulárneho, imunitného a respiračného systému <b>5</b> Štruktúry spojené s tráviacim, metabolickým a endokrinným systémom	<b>1</b> Učenie sa a aplikovanie vedomostí <b>2</b> Všeobecné úlohy a požiadavky <b>3</b> Komunikácia <b>4</b> Mobilita <b>5</b> Starostlivosť o seba <b>6</b> Život v domácnosti <b>7</b> Interpersonálne interakcie a vzťahy <b>8</b> Hlavné oblasti života <b>9</b> Komunita, sociálny a občiansky život	<b>1</b> Produkty a technológie <b>2</b> Prírodné prostredie a zmeny v prostredí vytvorené človekom <b>3</b> Podpora a vzťahy <b>4</b> Postoje <b>5</b> Služby, systémy a politiky

6 Genitálno-urologické a reprodukčné funkcie 7 Neuro-muskulo-skeletárne a pohybové funkcie 8 Funkcie kože	6 Štruktúry spojené s genitálno-urologickým a reprodukčným systémom 7 Štruktúry spojené s pohybom 8 Štruktúry kože		
---	--	--	--

Oblasť je ďalej špecifikovaná číslom, ktoré presne určuje popisovanú situáciu a je možné ho nájsť v klasifikácii (v tlačenej podobe klasifikácie alebo online <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>). Počet použitých čísel (dĺžka kódu) znamená hĺbku popisu. Čím dlhší kód, tým podrobnejšie, detailnejšie je situácia popísaná.

Napr.:

b	telesné funkcie	d	aktivity a participácia
b1	duševné funkcie	d3	komunikácia
b144	funkcie pamäte	d315	komunikácia s niekým – prijímanie
b1440	krátkodobá pamäť	d3150	neverbálnych správ
b1441	dlhodobá pamäť		komunikácia s niekým – prijímanie
		d3151	neverbálnych správ – gestikulácia
			komunikácia s niekým – prijímanie
			neverbálnych správ – všeobecné značky a symboly

Po popísaní oblasti sa situácia ďalej hodnotí závažnosťou problému – závažnosťou poškodenia, limitu, obmedzenia, alebo bariéry – v závislosti od hodnotenej oblasti. Avšak kvalifikátor (číslo za bodkou) sa určí rovnakým princípom:

xxx.0	ŽIADNY problém	0-4 %
xxx.1	MIERNY problém	5-24 %
xxx.2	STREDNE ZÁVAŽNÝ problém	25-49 %
xxx.3	ZÁVAŽNÝ problém	50-95 %
xxx.4	CELKOVÝ problém	96-100 %
xxx.8	nešpecifikované	
xxx.9	nedá sa aplikovať	

Oblasť prostredia (e) môže obsahovať bariéry alebo facilitátory, ktoré sú pozitívnym zdrojom v prostredí. V prípade zaznamenávania bariér sa použije exx.1 až exx.4, tak ako aj pri hodnotení iných oblastí. V prípade zaznamenávania facilitátorov sa použije symbol plus s daným kvalifikátorom (exx+1 až exx+4), ktorý vyjadrí mieru pozitívneho vplyvu daného kontextuálneho faktoru prostredia.

Použitie kvalifikátorov (čísel za bodkou) teda umožňuje porovnávať zmeny v čase, sledovať zmeny podmienok, progres v terapii alebo v edukačnom procese. A to aj v prípade, že sa odborný tím okolo jednotlivca z rôznych dôvodov mení (napr. pri zmene lekára kvôli

sťahovaníu, pri zmene školy kvôli šikane, po nástupe odborníka po rodičovskej dovolenke, a pod.). MKF poskytuje podrobne zaznamenané situácie ich vývin v čase, preto je vďaka spoločnému jazyku a transparentnosti vhodným nástrojom pre zaznamenávanie progresu edukačných a terapeutických intervencií, evalváciu výsledkov v praxi aj vo výskume.

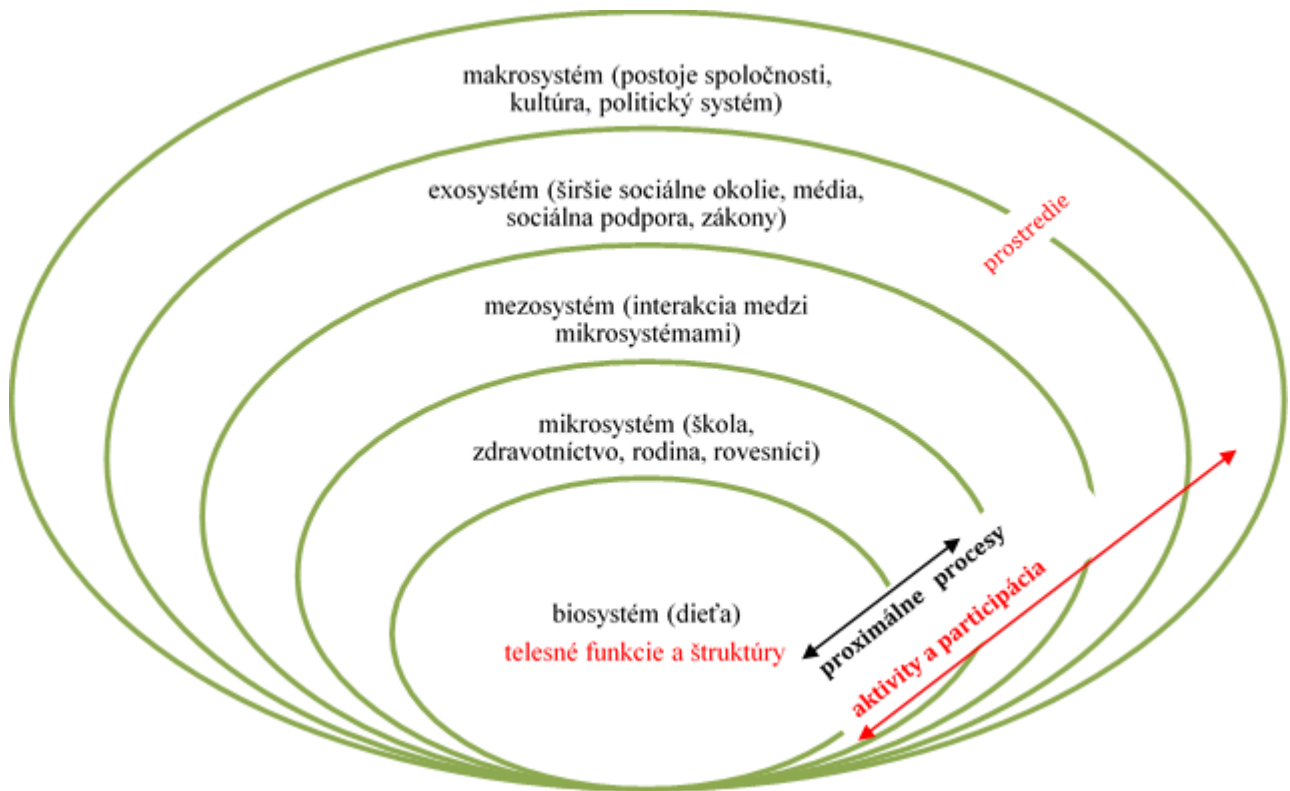
Napríklad, Simeonsson (2009) identifikoval benefity použitia MKF v oblasti poskytovania služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím a vývinovými obmedzeniami. Význam MKF vidí v tom, že slúži ako (ibidem, s. 71):

- zjednocujúci rámec interdisciplinárnej spolupráce,
- klasifikácia dimenzií funkčnosti a zdravia,
- profily funkčných charakteristík a limitov,
- objasnenie diagnózy a komorbidity,
- funkčné indikátory, ktoré slúžia ako rámec pre intervenciu a výsledky,
- identifikácia bariér a facilitátorov v prostredí,
- kontinuita dokumentácie v prechode medzi službami a v čase,
- spoločný jazyk pre spravovanie dát a zdravotnej dokumentácie,
- štandardný zdroj na definovanie práv detí a dospelých s postihnutím.

MKF je tímový nástroj, preto sa od jedného odborníka nevyžaduje, aby vyhodnotil všetky oblasti týkajúce sa situácie, avšak svojou časťou môže prispieť k celkovému obrazu. Jasné definovanie oblastí a ich podrobná kategorizácia umožňuje odborníkovi presne sa vyjadriť a predísť nesprávnej interpretácii popisu (napríklad zo strany iného odborníka).

MKF predstavuje praktické premietnutie Bronfennbrennerovej teórie bio-ekologických systémov (Simeonsson et al., 2010). Interakcia medzi oblasťou telesných štruktúr a funkcií a oblasťou aktivít a participácie zobrazuje tzv. proximálne procesy medzi úrovňou biosystému a mikrosystému človeka. Oblasť prostredia popísaná v MKF sa vzťahuje k úrovniam exo- a makrosystému Bronfennbrennerovho modelu (Obrázok 4).

Bronfenbrenner vo svojom modeli chápania človeka hovorí ešte o faktore času (chronosystém). Prostredníctvom MKF je chronosystém možné zachytiť tým, že klasifikácia umožňuje popísať tie isté situácie v čase a sledovať ich progres cez zmeny v kvalifikátoroch. Zmeny (a teda faktor času) sú viditeľné napríklad v redukcii limitov v aktivitách alebo v prekonaní obmedzení v prostredí. Tieto zmeny sú zaznamenané v číselnom vyjadrení v kvalifikátoroch jednotlivých popisných kódov, ktoré situáciu človeka charakterizujú.



**Obr. 4** Súvis terminológie Bronfenbrennerovho modelu a MKF

MKF neklasifikuje človeka, ale jeho zdravie a zdravotný stav prostredníctvom popisu situácie súvisiacej so zdravím (WHO, 2001). Vďaka komplexnosti zachytených oblastí, MKF prekonáva medicínsky model tým, že k telesným štruktúram a funkciám pridáva oblasti participácie a prostredia vychádzajúce zo sociálneho modelu. MKF predstavuje popisný nástroj, ktorý si netreba mýliť s diagnostickými manuálmi ako sú MKCH-10 (WHO, 1993) alebo DSM-V (APA, 2013), ktoré majú etiologický záber. Poznatky o potrebách človeka, ktoré vychádzajú z diagnóz určených podľa týchto diagnostických manuálov sa v popise prostredníctvom MKF zaznamenávajú v oblastiach telesných štruktúr a funkcií, ale doplnia sa o poznanie toho, ako tieto telesné potreby individuálne vplyvajú na participáciu človeka v prostredí a v životných úlohách, ktoré v danom období svojho života zastáva. WHO (2001) odporúča používať MKCH-10 a MKF spoločne, ako dopĺňujúce sa nástroje. Prostredníctvom MKCH-10 sú sprostredkované podrobné informácie o diagnóze a vďaka MKF sa zachytí individuálne fungovanie človeka s danou diagnózou. Bölte (2019) vysvetľuje vzťah medzi diagnostickými manuálmi a MKF na príklade ľadovca. Diagnostické manuály DSM-V a MKCH-10/MKCH-11 sa zameriavajú na symptómy, na pozorovateľné znaky, ktoré tvoria len vrchol ľadovca. Pod hladinou sa však nachádza omnoho viac – fungovanie človeka (jeho schopnosti a potreby) a ukazovatele kvality života. MKF sa zameriava na zachytenie aj týchto faktorov a tiež dostupných vnútorných a vonkajších zdrojov. MKF a DSM-V/MKCH-10 sú teda vnímané ako komplementárne systémy. DSM-V/MKCH-10 popisujú symptómy, definujú poruchu prostredníctvom identifikácie dysfunkčných častí a MKF sa zameriava na zaznamenanie individuálneho fungovania a kontext života konkrétneho jednotlivca.



MKF neurčuje diagnózu, ale pomáha celostne vyhodnotiť situáciu človeka, prispieva teda ku komplexnej diagnostike. Diagnostický proces by nemal viesť len k určeniu diagnostickej kategórie, ale mal by pomôcť zvoliť stratégie pomoci. Cieľom diagnostiky je odhaliť možnosti zlepšenia kvality života človeka vďaka hĺbkovému poznaniu človeka. V diagnostickom procese teda MKF môže slúžiť ako nástroj na zachytenie multidimenzionality holistickým spôsobom hodnotenia prípadov (Fábry Lucká, Lištiaková, 2014). MKF obsahuje 1685 kategórií, preto sa pre účely praxe vytvárajú tzv. kľúčové sady kódov (z angl. *core sets*). Ide o súbor kódov, v ktorom sú vybrané kategórie relevantné pre danú diagnózu. Okrem praktického zjednodušenia práce s MKF tieto kľúčové sady zároveň vytvárajú presné spojenie s diagnostickými kategóriami MKCH-10 alebo DSM-V a zapadajú do medicínsky postaveného modelu služieb, ktorý sa v súčasnosti používa. Kľúčové sady sa vytvárajú na základe rigorózneho výskumu a sú voľne dostupné ([www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)).

## 2.4 Aplikácia MKF v inkluzívnej edukácii

V literatúre sa hodnotí aj miera používania ICF-CY v edukačnom prostredí. Norwich (2016) poznamenáva, že ICF-CY má v súčasnosti pomerne nízke využitie vo vzdelávacích zariadeniach a v rozhodovaní o oprávnenosti poskytovania špeciálnopedagogického prístupu k žiakom s postihnutím vo vzdelávacom procese. Taktiež štúdia autorov Morettiho, Alvesa a Maxwella (2012) monitorujúca využitie ICF-CY vo vzdelávacích systémoch dospela k záveru, že využitie ICF-CY je málo frekventované.

Jedným z prvých predpokladov úspešného uplatnenia filozofie ICF-CY, ale aj praktického využitia klasifikácie ako hodnotiaceho nástroja v edukačnom prostredí je dobrá orientácia v rôznych pohľadoch na inklúziu a inkluzívne vzdelávanie, orientácia v súčasnom stave vzdelávania detí so zdravotným postihnutím, v paradigmách špeciálnej pedagogiky. Ukazuje sa, že pojem inklúzia je chápaný dnes veľmi rozmanito. Ainscow, Booth, Dyson, Farrell, Frankham, Gallannaugh, Howes a Smith (in EASNIE, 2011b) uvedomujúci si zložitosť tohto problému hovoria o šiestich spôsoboch uvažovania o inklúzii:

- inklúzia ako záležitosť žiakov so zdravotným postihnutím a ďalších žiakov zaradených do kategórie „s osobitnými vzdelávacími potrebami“,
- inklúzia ako odpoveď na exklúziu,
- inklúzia vo vzťahu ku všetkým skupinám, ktoré sú vystavené vylúčeniu,
- inklúzia ako budovanie školy pre všetkých,
- inklúzia ako „vzdelávanie pre všetkých“,
- inklúzia ako zásadný prístup k vzdelávaniu a spoločnosti.

V zásade v tejto klasifikácii spôsobov chápania a z vymedzení inklúzie inými autormi možno identifikovať to, čo Haug (2003) označuje, ako dve úrovne konceptualizácie inklúzie – jedna (ideologická) stojí na hodnotovej orientácii (humanistický prístup), druhá sa zaoberá tým, ako inklúzia priamo ovplyvňuje vlastnú vzdelávaciu prax.

V rámci prístupov starostlivosti o ľudí s postihnutím v období postmoderny sa uskutočnili, ako uvádza Kudláčová (in Dolejš, 2014), pokusy o obnovenie ľudskej dôstojnosti a otvorenie nových dimenzií pre vzťah človeka k druhému človeku, a to prostredníctvom rešpektovania jeho inakosti, čo zahŕňa aj hľadanie správneho prístupu k ľuďom s postihnutím. Mení sa vzťah intaktného dieťaťa a dieťaťa s postihnutím a vytvára sa nová optika prístupu k ľuďom s postihnutím v spoločnosti. Prijatie inkluzívnej perspektívy si, podľa Európskej agentúry pre špeciálne potreby a inkluzívne vzdelávanie – EASNIE (2011a) vyžaduje úpravy na rôznych úrovniach systému: (i) makroúroveň – vrátane právnych predpisov definujúcich kritériá na základe rozhodnutí o oprávnenosti a vzdelávacích intervenciách; (ii) mezoúroveň – vrátane školskej komunity a organizácie; a iii) faktory zahŕňajúce mikroúroveň, ako sú praktiky v triedach, zdieľanie znalostí a procesy spolupráce pri posudzovaní špecifik interakcie medzi každým študentom a prostredím. Rešpekt a hodnota rozmanitosti, ktoré definujú inkluzívne vzdelávanie zabezpečuje prístup žiakov k bežným školám a podporou vhodných možností vzdelávania pre úspešné zapojenie všetkých žiakov, vrátane so zdravotným postihnutím (napr. EASNIE, 2011a, 2011b; Florian, 2014). Pre takto vymedzenú inkluzívnu pedagogiku (inkluzívnu edukáciu) predstavuje ICF-

CY príležitosť pre nové poňatie dieťaťa (žiaka) s postihnutím, vychádzajúce z biopsychosociálneho modelu zdravia, funkčnej schopnosti, dizability. Možno sa domnievať, že prijatie nového pohľadu na postihnutie sťažuje tradičná paradigma špeciálnej pedagogiky. Tá bola založená na princípe oddeleného vzdelávania, neskôr koncepte integrácie a koncepte špeciálnopedagogických potrieb. Vychádza z deficitného modelu postihnutia. Pfeiffer (2001) hovorí o troch variantov deficitného modelu postihnutia vo vzťahu k prostrediu, kde sa uplatňuje. V medicínskom modeli (v klinickom prostredí), rehabilitačnom modeli, vo vzťahu k možnostiam rehabilitácie a zamestnávania a modeli špeciálneho vzdelávania. Deficitný model v podmienkach edukácie špecifikuje deficit v oblasti zdravotného stavu a orientuje sa na to, čo má byť upravené, aby sa osoba s postihnutím stala „normálnou“ (Pfeiffer, 2001). Terzi (2013) pozorne vníma zmeny v špeciálnej pedagogike. Pre tieto zmeny je charakteristický teoretický posun z pozícií založených výlučne na medicínskych definíciách postihnutia a medicínskeho zdôvodnenia učebných problémov a sústredenia sa na jednotlivé dieťa, ktoré má niektoré „nedostatky“, do pozícií analyzujúcich obmedzenia školského kontextu a vzdelávacích postupov, až po najnovšie vymedzenie zdravotného postihnutia a špeciálnych vzdelávacích potrieb ako sociálne determinovaných (Terzi, 2013). Michalík (2014) charakterizuje prvú dekádu 21. storočia vo vzťahu k spoločnému vzdelávaniu detí so zdravotným postihnutím (špeciálnymi vzdelávacími potrebami) dichotómiou nesenou pôsobením tradičného modelu špeciálneho (segregovaného) vzdelávacieho prúdu a prúdu nového integrovaného (inkluzívneho), ktorý je rozvíjaný posledných cca 20 rokov. Paradoxom inkluzívnej edukácie je používanie tradičného špeciálnopedagogického pojmu špeciálnopedagogické potreby. Špotáková, Kundrátová, Štefková, Vojtová a Perašínová (2018, s. 6) pojem obhajuje a uvádzajú, že v rôznych terminologických obmenách sa koncept špeciálnopedagogických potrieb stal *„medzinárodne jedným z kľúčov k integrácii, k spoločnému vzdelávaniu časti detí s postihnutím s nepostihnutými deťmi a k špeciálnej podpore pre ďalšie skupiny detí v bežnej škole.“* Terzi (2013) uvádza, že na jednej strane sú špeciálnopedagogické potreby a postihnutie chápané ako individuálne obmedzenia, pochádzajúce „zvnútra dieťaťa“ (medicínsky model postihnutia), a na druhej strane z pozícií, ktoré nachádzajú pôvod obmedzení dieťaťa v deficitoch školských systémov a neschopnosti prispôbiť sa rôznorodosti (sociálny model postihnutia). Norwich (2016) uvádza, počas 40-ročnej histórie koncept špeciálnopedagogické potreby prechádzal vývinom, avšak z pohľadu sociálneho modelu postihnutia je pojem špeciálnopedagogická potreba odmietaný. Jedným z dôvodov prečo byť rezervovaný voči pojmu špeciálnopedagogické potreby v inkluzívnom prostredí môžu byť výsledky výskumu Trusslerovej, ktorý opisuje Vaníková (2016). Študenti učiteľstva pedagogiky vytvárali na požiadanie asociácie k inklúzii a viažuce sa k deťom so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. Pojmy ako inklúzia a individuálne učebné požiadavky boli študentmi ponímané viac pozitívne a spájali sa s aktivizujúcimi a konštruktívnymi slovesami. Pri pojmoch špeciálne edukačné potreby a postihnutie sa vynárali slová zamerané na deficit, poškodenie, zhoršenie a na dodatočnú alebo „špeciálnu“ pomoc (Vaníková, 2016). K zaujímavému výsledku výskumu participácie žiakov s postihnutím v škole dospela Eriksson (2006). Zistila, že príliš častá podpora zo strany učiteľa alebo asistenta znižuje

participáciu žiaka. Zostáva otvorená odpoveď na otázku, koľko „špeciálnopedagogického prístupu“ si inklúzia môže dovoliť.

Problém vyrovnania sa špeciálnej pedagogiky s inkluzívnymi trendmi je však všeobecne prítomný v špeciálnej pedagogike. Jeho základom je, ako uvádza Terzi (2013), napätie medzi cieľom dosiahnuť rovnaké zaobchádzanie so všetkými žiakmi a zámer zaobchádzať s nimi ako s odlišnými, s náležitou pozornosťou venovanú jednotlivcovi. Toto napätie medzi „rovnakosťou“ a „rozdielom“ je súčasťou dilemou špeciálnej pedagogiky. Špeciálnopedagogické potreby v inklúzii sú kompromisom, ktorý je kontraproduktívny s pôvodným chápaním inklúzie. Tento prístup možno nazvať pokračujúcou integráciou, ktorý však nemôže vytvoriť skutočné inkluzívne prostredie. Prikláňame sa k vyjadreniam Průchu (2009, s. 104), ktorý zdôrazňuje, že *„každé dieťa má unikátnu charakteristiku, záujmy, schopnosti a vzdelávacie potreby.“*

Viacero domácich a zahraničných autorov zaoberajúcich významom ICF-CY orientuje svoju pozornosť na vzťah tohto klasifikačného systému k inkluzívnemu vzdelávaniu (De Polo, Pradal, Bortolot, Buffoni, & Martinuzzi, 2009; Simeonsson, 2009; Hollenweger, 2011; Hollenweger et al., 2011, Hollenweger & Moretti, 2012; Rekkedal, 2017; Adolfsson et al., 2018; Guichard & Grande, 2018; Sanches-Ferreira, Lopes-dos-Santos, Alves, & Silveira-Maia, 2018; Sanches-Ferreira, Silveira-Maia, Alves, & Simeonsson, 2018; Alves, 2019). Maxwell et al. (2010) formulovali základné otázky vzťahuje sa k možnosti využívania ICF-CY v edukačnom prostredí:

- Sú pravidlá kódovania v ICF-CY platné aj v prostredí vzdelávania?
- Je možné kódmi ICF-CY poskytnúť dobrý opis dieťaťa a jeho vzdelávacej situácie?
- Môže byť komunikácia medzi predstaviteľmi rôznych profesií a medzi odborníkmi a rodičmi zlepšená používaním domén a kategórií ICF?

ICF-CY je nástrojom, ktorý si našiel cestu nielen v klinickom prostredí, resp. v prostredí rehabilitácie, ale aj v školstve a na psychologických pracoviskách. Tulinius (2008) na základe výskumu uzatvára, že ICF-CY prostredníctvom práce s dotazníkmi o žiakoch vytvorenými na báze ICF-CY učitelia získali nové skúsenosti, ktoré im umožnili vytvoriť si omnoho holistickejší obraz o dieťati a vidia situáciu každého dieťaťa jasnejšie ako predtým. Učitelia zapojení do výskumu tak považujú ICF-CY za užitočný nástroj na podporu práce v prostredí školy smerom k individuálnemu vzdelaniu založenému na možnostiach detí.

Sanches-Ferreira et al. (2018a) vnímajú problém uplatnenie ICF-CY v edukačnom prostredí širšie. Upozorňujú na významnosť interdisciplinaritu, ochoty spolupráce škôl a prípravy, potreby tréningu v používaní ICF-CY. Úspech začlenenia ICF-CY do edukačného prostredia podmieňujú prístupom integrujúcim koncepty inklúzie, špeciálneho vzdelávania, zdravotného postihnutia. Dôležitosť prikladajú tréningovým programom využívania klasifikácie (ibidem).

Niet pochyb, a mnohé štúdie to dokazujú (Stubbs, Lewis, 2008; Hollenweger et al., 2011; Adolfsson et al., 2018; Maxwell et al., 2018; Sánchez et al., 2019 a ďalší), že pojmy aktivita a participácia sa stávajú jednými zo základných kategórií inklúzie. Maxwell et al. (2018) skúmajú použitie a platnosť Medzinárodnej klasifikácie funkčných zdravotných postihnutí a zdravia (ICF) ako spoločného jazyka na opis inkluzívneho vzdelávacieho

prostredia, kde osobitný dôraz sa kladie na hodnotenie participácie prostredníctvom ICF ako jedného z aspektov inklúzie. Ako ďalej autori uvádzajú, lepšie pochopenie participácie ako miery inklúzie bude mať veľký úžitok pre deti so špecifickými potrebami podpory. Gaebler-Spira (2016) konštatuje, že pojem participácia bolo jedným z pojmov ICF. Operacionalizovanie participácie je významné, pokiaľ ide o školskú politiku aj prax, a lepšie uplatňovanie ICF v edukačnom prostredí (Maxwell et al., 2012, 2018). Pri konceptualizácii a operacionalizácii participácie, ako uvádzajú Martin Ginis et al. (2016) nestačia iba objektívne, kvantitatívne aspekty participácie (napr. výkon, ťažkosti s výkonom, počet zúčastnených ľudí). Dochádza k obsahovému zjemneniu významu pojmov aktivita a participácia v porovnaní s vymedzením aktivity a participácie ako ho nachádzame v ICF-CY a vytváraní modelov participácie detí, dospievajúcich korešpondujúcich s predstavou inkluzívnej spoločnosti (Imms, Adair, Keen, Ullenhag, Rosenbaum, & Granlund, 2016). Iní autori hľadajú vhodné diagnostické nástroje na hodnotenie aktivity a participácie. Vyhodnocujú ich konceptuálnu a obsahovú zhodu s ponímaním a aktivity a participácie podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti a zdravia – verzii pre deti a mládež (McConachie, Colver, Forsyth, Jarvis, & Parkinson, 2006; Coster, Khetani, 2008, Adolfsson, Malmqvist, Pless, & Granlund, 2010; Norwich, 2016 a i.

V neposlednom rade sú to autori, ktorí sa orientujú na inkluzívnu prax a ponúkajú návody alebo skúsenosti so zakomponovaním kategórie aktivita a participácia do výchovného, vzdelávacieho, rehabilitačného kontextu (Tulinius, 2008; Maxwell, 2012 a i.). V domácej literatúre sa iba sporadicky objavujú príspevky, ktoré by sa zaoberali využitím ICF-CY (pozri napr. Lištiaková 2013, 2018). Ak sa domáce dokumenty o ICF-CY zmieňujú, tak zväčša v oblasti zdravotníctva, aj to často iba ako odporúčania využívať Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (resp. ICF-CY) v posudkovej činnosti (MPSVaR, 2014). O priamom využití ICF-CY vo včasnej diagnostike detí v našich podmienkach referujú iba Lištiaková (2013) a Lištiaková a Lucká (2014). K zaznamenávaniu pozorovaní klientov s autizmom využili kódovanie podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti dizability a zdravia – verzia pre deti a mládež (ICF-CY). Význam ICF-CY pre špeciálnych pedagógov, pedagógov a ďalších odborníkov ako aj výskumu v oblasti edukácie žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím vníma aj Hrebeňárová (2013), bližšie však klasifikáciu pre potreby analýzy edukačného procesu žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím už nevyužíva. V českom prostredí vychádza z biopsychosociálneho prístupu Šmelová (2014). Na príklade človeku s poruchou zraku apeluje, aby sme takú osobu prijímali z multidimenzionálneho pohľadu, iba hľadisko fyzickej štruktúry alebo funkcie zraku nepostačuje ani z pohľadu klasifikačného delenia. Za vzorové uplatnenie ICF v špeciálnopedagogickom študijnom texte, vypracovanom pre odbor somatopédia, Vítková (2019) vymedzuje okruhu osôb s telesným postihnutím, a to so zreteľom aj na Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej schopnosti, postihnutia a zdravia (ICF).

## 2.5 Záver

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF = z angl. ICF; WHO, 2001) a Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – verzia pre deti a mládež (z angl. ICF-CY; WHO, 2007) predstavujú nástroje aplikácie funkčného modelu pohľadu na postihnutie do inkluzívnej praxe naprieč sektormi služieb. Funkčný model chápania postihnutia analyzuje situáciu človeka ako interakciu medzi vnútornými faktormi jednotlivca a vonkajším kontextom prostredia vzhľadom k aktivitám, na ktorých človek participuje. V MKF je funkčný model prakticky premietnutý do oblastí a kategórií klasifikácie, ktoré vychádzajú z teórie bioekologických systémov Bronfenbrennera. Tým funkčný model reprezentovaný v MKF prekonáva konflikt medzi medicínskym a sociálnym modelom dizability.

MKF je deskriptívny nástroj na hodnotenie *situácie* človeka (nie hodnotenie človeka) a predstavuje doplnok k medicínskym klasifikáciám MKCH-10/11 (WHO, 2016/2019) a DSM-V (APA, 2013), ktoré klasifikujú diagnózy na základe symptómov. Prostredníctvom MKF je možné zaznamenať telesné funkcie a štruktúry, aktivity a participáciu, ako aj faktory prostredia a vyhodnotiť situáciu človeka komplexným holistickým spôsobom. Na to je nevyhnutná kolaborácia rôznych odborníkov, MKF je teda nástrojom, ktorého používanie prirodzene vyúsťuje v interdisciplinárnu kooperáciu. Klasifikácia predstavuje spoločný jazyk odborníkov, a preto možné ju používať vo všetkých sektoroch služieb, v zdravotníctve, školstve i sociálnych službách.



## Literatúra

- Adolfsson, M., Malmqvist, J., Pless, M., & Granlund, M. (2010). Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: Everyday life situations explored in measures of participation. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1230-1440. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/47498921> Identifying child functioning from an ICF-CY perspective Everyday life situations explored in measures of participation
- Adolfsson, M., Sjöman, M., & Björck-Åkesson, E. (2018). ICF-CY as a Framework for understanding child engagement in preschool. *Frontiers in Education*, 3(36), 1-12.
- Alves, I. (2019). International inspiration and national aspirations: inclusive education in Portugal. *International Journal of Inclusive Education*, 23(7-8), 862-875.
- Anastasiou, D., & Kauffman, J. M. (2011). A social constructionist approach to disability: Implications for special education. *Exceptional Children*, 77(3), 367-384.
- Anderson, J., Boyle, C., & Deppeler, J. (2014). The ecology of inclusive education: Reconceptualising Bronfenbrenner. In H. Zhang et al. (Eds.), *Equality in education* (pp. 23-34). Brill Sense.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Basarabová, B. (2018). Sociálne reprezentácie inkluzívneho vzdelávania. In A. Rajský (Ed.), *Juvenilia pedagogica 2018. Aktuálne teoretické a výskumné otázky pedagogiky v konceptoch dizertačných prác doktorandov*, (pp. 27-31). Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.
- Berk, L. (2013). *Child development* (9th ed., International ed.). Upper Saddle River, N.J. ; London: Pearson.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (Eds.). (2012). *ICF core sets: Manual for clinical practice*. Göttingen: Hogrefe.
- Bilbao, A., Kennedy, C., Chatterji, S., Üstün, B., Barquero, J. L. V., & Barth, J. T. (2003). The ICF: Applications of the WHO model of functioning, disability and health to brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 18(3), 239-250.
- Björck-Åkesson, E., Wilder, J., Granlund, M., Pless, Simeonsson, M. R., Adolfsson, M., Almqvist, L., Augustine, L., Klang, N. & Lillvist, A. (2010). The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention – feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice. *Disability and Rehabilitation*, 32(Sup.1), 125-138, DOI: 10.3109/09638288.2010.516787



- Bölte, S. (2019). From diagnosis to functioning and quality of life in autism. *Autism Europe International Congress 2019*. 13.-15.9.2019, Nice, France.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA; London: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 37-43.
- Castro, S., Pinto, A. I., & Maia, M. (2011). Linking the Carolina curriculum for preschoolers with special needs to the ICF-CY. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 57/2(113), 131–144.
- Coster, W., & Khetani, M. A. (2008). Measuring participation of children with disabilities: Issues and Challenges. *Disability and Rehabilitation*, 30(8), 639-648. Dostupné z: <http://www.bu.edu/kidsincontext/files/2009/09/Measuring-participation-of-children-with-disabilities-Issues-and-challenges.pdf>
- Crow, L. (1996). Including all of our lives: Renewing the social model of disability. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Exploring the Divide* (pp. 55–72). Leeds: The Disability Press.
- Darling, N. (2007). Ecological systems theory: The person in the center of the circles. *Research in human development*, 4(3-4), 203-217.
- De Polo, G., Pradal, M., Bortolot, S., Buffoni, M., & Martinuzzi, A. (2009). Children with disability at school: the application of ICF-CY in the Veneto region. *Disability and rehabilitation*, 31(Sup.1), 67-73.
- Dolejš, V. (2014). Meranie kvality života žiakov s postihnutím v prostredí špeciálnych a bežných škôl. In A. Rajskeý (Ed.), *Juvenilia pedagogica 2014. Aktuálne teoretické a výskumné otázky pedagogiky v konceptoch dizertačných prác doktorandov* (pp. 43-54). Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.
- EASNIE. (2011a). *Participation in Inclusive Education – A Framework for Developing Indicators*. Odense, Denmark: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- EASNIE. (2011b). *Teacher Education for Inclusion Across Europe. Challenges and Opportunities*. Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education. Dostupné online <https://www.european-agency.org/sites/default/files/te4i-synthesis-report-en.pdf>
- Eriksson, L. (2006). *Participation and disability: A study of participation in school for children and youth with disabilities*. Stockholm: Karolinska Institutet.

- Ettekal, A., & Mahoney, J. (2017). Ecological Systems Theory. In K. Peppler (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Out-of-School Learning*, (pp.239-241). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Fábry Lucká, Z., & Lištiaková, I. (2014). *Diagnostické plánovanie vo včasnej intervencii*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Geldenhuys, J. L., & Wevers, N. E. J. (2013). Ecological aspects influencing the implementation of inclusive education in mainstream primary schools in the Eastern Cape, South Africa. *South African Journal of Education*, 33(3).
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 8(2), 134-138.
- Guichard, S., & Grande, C. (2018). Differences between Pre-School Children with and without Special Educational Needs Functioning, Participation, and Environmental Barriers at Home and in Community Settings: An International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth Approach. *Frontiers in Education*, 3, 7.
- Harkonen, U. (2007). The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. In: *Scientific Articles of V International Conference PERSON.COLOR.NATURE.MUSIC*. Published on October 17-21, 2007. Príspevok bol prezentovaný na konferencii Saule, Latvia 2007. [vid. 2019-03-03] Dostupné z: [http://www.oppi.uef.fi/wanda/users/uharkone/tuotoksia/Bronfenbrenner in %20English\\_07 sent.pdf](http://www.oppi.uef.fi/wanda/users/uharkone/tuotoksia/Bronfenbrenner_in_%20English_07_sent.pdf)
- Haug, P. (2003). *Qualifying Teachers for the School for All*. In I. K. Nes, M. Strømstad, T. Booth (Eds.), *The Challenge of Inclusion: Reforming Teacher Education*, pp. 97–115. London: Routledge.
- Hollenweger, J. & Rouse, M. & Kyriazopoulou, M. & Weber, H. (2011). *Participation in Inclusive Education – A Framework for Developing Indicators*. European Agency for Development in Special Needs Education.
- Hollenweger, J. (2011). Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland. *BMC Public Health*, 11(Suppl. 4), 4-7. Dostupné online: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S4-S7>
- Hollenweger, J., & Moretti, M. (2012). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth version in education systems: a new approach to eligibility. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(13), 97–102.
- Hrebeňárová, L. (2013). *Vybrané aspekty edukácie žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity.
- ICF-based Documentation Tool*. Dostupné online [www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)

- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(1), 29-38.
- Lechta, V. (2009). Komponenty inkluzívnej pedagogiky. In V. Lechta (Ed.), *Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky* (pp.5-15). Martin: Osveta.
- Lejano, R. P., & Stokols, D. (2013). Social ecology, sustainability, and economics. *Ecological economics*, 89, 1-6.
- Lištiaková, I. (2013). Informácie o projekte ICF-Train. In P. Mitašíková (Ed.), *Zborník z medzinárodnej vedecko odbornej konferencie a pilotného tréningu k projektu ECI 2.0 – Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii. Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu* (pp. 19-23). Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- Lištiaková, I. (2015). Transparentnosť diagnostického procesu ako podpora tímovej spolupráce. In *Pedagogická diagnostika v praxi materskej školy: Pomocník pri odhaľovaní osobnostných individualít dieťaťa predškolského veku* (pp. 1-20). Dr Josef Raabe.
- Lištiaková, I., & Fábry Lucká, Z. (2014). Liečebnopedagogická diagnostika a terapia v multisenzorickom prostredí. In H. Kuberová & V. Hašková (Eds.), *Inkluzívna klíma ako výzva a poslanie* (pp. 185-195). Ružomberok: Verbum, 2014.
- Mahlo, D. (2013). Theory and practice divide in the implementation of the inclusive education policy: Reflections through Freire and Bronfenbrenner's lenses. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(13), 163-170.
- Martin Ginis, K. A., Evans, M. B., Mortenson, W. B., & Noreau, L. M. (2017). Broadening the Conceptualization of 'Participation' of Persons with Physical Disabilities: A Configurative Review and Recommendations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(2), 395-402.
- Maxwell, G. R. (2012). *Bringing more to participation Participation in school activities of persons with disability within the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY)*. Jönköping: Jönköping University. Dostupné z: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:527984/FULLTEXT01.pdf>
- Maxwell, G. R., Granlund, M., & Augustine, M. (2018). Inclusion Through Participation: Understanding Participation in the International Classification of Functioning, Disability, and Health as a Methodological Research Tool for Investigating Inclusion. *Frontiers in Education*, 3(41).

- Maxwell, G., Alves, I., & Granlund, M. (2012). Participation and environmental aspects in education and the ICF and the ICF-CY: findings from a systematic literature review. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(1), 63-78.
- Maxwell, G., Alves, I., & Moretti, M. (2010). *The ICF-CY as a tool to enhance communication between education professionals: Applying the ICF coding rules to education documents*. A round table discussion paper presented at the JURE 2010 conference in Frankfurt. Dostupné online: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:407320/FULLTEXT01.pdf>
- McConachie, H., Colver, A. F., Forsyth, R. J., Jarvis, S., & Parkinson, K. N. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measure. *Disability and Rehabilitation*, 28(18), 1157-1164. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Helen\\_McConachie/publication/6825226\\_Participation\\_of\\_disabled\\_children\\_How\\_should\\_it\\_be\\_characterised\\_and\\_measured/links/02e7e520394ebded3b000000/Participation-of-disabled-children-How-should-it-be-characterised-and-measured.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Helen_McConachie/publication/6825226_Participation_of_disabled_children_How_should_it_be_characterised_and_measured/links/02e7e520394ebded3b000000/Participation-of-disabled-children-How-should-it-be-characterised-and-measured.pdf)
- Michalík, J. (2014). Hmotně právní a procedurální aspekty rozvoje integrovaného (inkluzivního) vzdělávání v ČR. In D. Finková, J. Langer et al. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením* (pp. 9-22). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- Moretti, M., Alves, I., & Maxwell, G. (2012). A systematic literature review of the situation of the international classification of functioning, disability, and health and the international classification of functioning, disability, and health—children and youth version in education: a useful tool or a flight of fancy? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(13), 103-117.
- MPSVaR. (2014). *Východiskový materiál za oblasť práv osôb so zdravotným postihnutím k Celoštátnej stratégii ochrany a podpory ľudských práv v Slovenskej republike*. Bratislava: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Dostupné online: [https://www.mzv.sk/documents/10182/184563/140612\\_strategia\\_prava\\_osoby\\_zdravotne\\_postihnute.pdf](https://www.mzv.sk/documents/10182/184563/140612_strategia_prava_osoby_zdravotne_postihnute.pdf)
- Norwich, B. (2016). Conceptualizing Special Educational Needs Using a Biopsychosocial Model in England: The Prospects and Challenges of Using the International Classification of Functioning Framework. *Frontiers in Education*, 1(5), 1-12.
- Oliver, M. (1998). Theories of disability in health practice and research. *British Medical Journal*, 317(7170), 1446-1449.
- Orgonášová, M., & Palát, M. (2004). *MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka*. Bratislava.
- Paquette, D., & Ryan, J. (2001). Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. In: *National-Luis University* [online]. 2001. [vid. 2019-02-06]. Dostupné z:

[http://www.floridahealth.gov/AlternateSites/CMS-kids/providers/early\\_steps/training/documents/bronfenbrenners\\_ecological.pdf](http://www.floridahealth.gov/AlternateSites/CMS-kids/providers/early_steps/training/documents/bronfenbrenners_ecological.pdf)

- Park, R. E. (1936). Human Ecology. *The American Journal of Sociology*, 42(1), 1-15.
- Pfeiffer, D. (2001). The conceptualization of disability. *Research in Social Science and Disability*, 2, 29-52.
- Pinto, A. I., Grande, C., Coelho, V., Castro, S., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. (2019). Beyond diagnosis: the relevance of social interactions for participation in inclusive preschool settings, *Developmental Neurorehabilitation*, 22(6), 390-399.
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2009). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Psychology Notes HQ. What is Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory? *The Psychology Notes HQ* [online]. 2013. [vid. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://www.psychologynoteshq.com/bronfenbrenner-ecological-theory/>
- Rekkedal, A. M. (2017). Factors associated with school participation among students with hearing loss. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(3), 175-193.
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., Alves, S., & Silveira-Maia, M. (2018a). The use of the ICF-CY for describing dynamic functioning profiles: outcomes of a teacher training programme applied in Portugal. *International Journal of Inclusive Education*, 22(7), 734-750.
- Sanches-Ferreira, M., Silveira-Maia, M., Alves, S., & Simeonsson, R. (2018b). Conditions for Implementing the ICF-CY in Education: The Experience in Portugal. *Frontiers in Education*, 3(20), 1-12.
- Sánchez, P. A., de Haro-Rodríguez, R., & Martínez, R. M. (2019). Barriers to Student Learning and Participation in an Inclusive School as Perceived by Future Education Professionals. *Journal of New Approaches in Educational Research (NAER Journal)*, 8(1), 18-24.
- Santrock, J. W. (2008). *Child Development*. Twelfth edition. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Shakespeare, T. (2013). The social model of disability. In L. J. Davies (Ed.), *The disability studies reader*, 4th ed. (pp. 214–221). New York; London: Routledge.
- Simeonsson, R. (2009). ICF-CY: A universal tool for documentation of disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(2), 70–72.
- Simeonsson, R., Sauer-Lee, E., Granlund, E., & Björck-Akesson, E. M. (2010). Developmental and health assessment in rehabilitation with the ICF for Children and Youth. In *Rehabilitation and Health Assessment: Applying ICF Guidelines*; Mpofu, E., Oakland, T., Eds.; Springer Publishing Company: New York, 27–46

- Stubbs, L., & Lewis, I. (2008). *Inclusive education. Where there are few resources*. Oslo: The Atlas Alliance.
- Šmelová, E. et al. (2014). *Rovný přístup ke vzdělávání jedinců v současné mateřské a základní škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Špotáková, M., Kundrátová, B., Štefková, M., Vojtová, Z., & Perašínová, D. Z. (2018). *Od integrácie k inklúzii*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. Dostupné z: <https://www.minedu.sk/data/att/14615.pdf>
- Terzi, L. (2013). *Justice and Equality in Education: A Capability Perspective on Disability and Special Educational Needs*. London: Continuum.
- Tudge, J. R., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of family theory & review*, 1(4), 198-210.
- Tulinius, H. K. (2008). *ICF-CY as a Tool in Elementary School. An interview study of teacher experiences and perceptions of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth in their Work in Elementary School*. A Thesis in Special Education Mälardalens Högskola. Dostupné online: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:173706/FULLTEXT01.pdf>.
- UN General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> [accessed 26 August 2019]
- UN General Assembly. (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106, available at: <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html> [accessed 26 August 2019]
- Vaníková, T. (2016). Inkluzívna prax v edukácii Veľkej Británie. In A. Rajský (Ed.), *Juvenilia pedagogica 2016. Aktuálne teoretické a výskumné otázky pedagogiky v konceptoch dizertačných prác doktorandov* (pp. 172-179). Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.
- Watermeyer, B. (2019). 1.2 *Social Model of Disability and Disability Rights*. <http://hdl.handle.net/11427/30270>.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, diazability a zdravia*. Bratislava: EKOVYS.
- World Health Organization. (2007). *International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY*. World Health Organization.



## **AKTIVITA A PARTICIPÁCIA DETÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V KONTEXTE INTEGROVANÉHO/INKLUZÍVNEHO VZDELÁVANIA**

---

PhDr. Viera Andreánska, CSc. - doc. MUDr. Viacheslav Basaliukov, PhD. -  
Mgr. Zuzana Brunclíková, PhD. - PhDr. Katarína Cabanová, PhD. - doc. PhDr. Mária Glasová, PhD. -  
doc. PhDr. Marian Groma, PhD. - Mgr. Silvia Harvanová, PhD. - PhDr. Katarína Jariabková, PhD. -  
Mgr. Ivana Lessner Lištiaková, PhD. - Mgr. Xenia–Daniela Poslon - doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD. -  
Mgr. Tímea Tóthová

Vydala Univerzita Komenského v Bratislave. Vydanie prvé. Náklad 100 ks (CD ROM).  
Počet strán 197 (14,3 AH).

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Korigovali autori a autorky.

**ISBN 978-80-223-4862-1**